

إِصْطِرَابَاتُ النُّطْقِ وَاللُّغَامِ

التَّشْخِصُ وَالْعِلَاجُ

الدُّكْتُورَةُ
سَهْلَةُ مُحَمَّدٍ أَمِينُ



اضطرابات النطق والكلام التشخيص والعلاج

الدكتورة :

سهير محمود أمين عبد الله

أستاذ الصحة النفسية المساعد

كلية التربية - جامعة حلوان

الطبعة الأولى

١٤٢٥هـ - ٢٠٠٥ م

ملتزم النشر

عالم الكتب

الإدارة : ١٦ شارع جواد حسني - القاهرة

تليفون : ٣٩٢٤٦٢٦ - فاكس : ٣٩٣٩٠٢٧

عالم الكتب

نشر - توزيع - طباعة

الإدارة :

١٦ شارع جواد حسني - القاهرة

تليفون : ٢٩٢٤٦٧٦ - فاكس : ٢٩٢٩٠٢٧

المكتبة :

٢٨ شارع عبد الخالق ثروت - القاهرة

تليفون : ٢٩٧٦٤٠١ - ٢٩٥٩٥٢٤

ص - ب : ٦٦ محمد فريد

الرمز البريدي : ١١٥١٨

٢٠٠٥ / ١٧٩٢	رقم الإيداع
977 - 232 - 432 - 6	I.S.B.N التزقيم الدولي

الطبعة الأولى

١٤٢٥ هـ - ٢٠٠٥ م

الموقع على الإنترنت : WWW.Alamalkotob.com

البريد الإلكتروني : info@alamalkotob.com

بِسْمِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿ رَبِّ اشْرَحْ لِي صَدْرِي *
وَيَسِّرْ لِي أَمْرِي * وَاحْلُلْ عُقْدَةً
مِّنْ لِّسَانِي * يَفْقَهُوا قَوْلِي ﴾

صدق الله العظيم

MOHAMED KHATIB



MOHAMED KHATAB



إهداء

بأقة حب ووفاء

إلى أفراد أسرتي ...

زوجي ... وابنائي الأعزاء ...

لمياء ، غادة ، أحمد



MOHAMED KHATIB



الطبعة الأولى

١٤٢٥هـ - ٢٠٠٤م

حقوق الطبع محفوظة للمؤلف ولا يجوز نشر أي جزء من الكتاب ، أو اختزال مادته بطريقة الاسترجاع ، أو نقله على أي نحو ، أو بأية طريقة سواء كانت إلكترونية أو ميكانيكية أو بالتسجيل أو بخلاف ذلك إلا بموافقة مسبقة من المؤلف ويخضع ذلك للقانون .

المؤلف

فهرس المحتويات

١٢..... المقدمة

الفصل الأول

اللغة ووظائفها

١٩..... مقدمة

٢٠..... تعريف اللغة

٢٢..... وظائف اللغة

٢٦..... مصونات اللغة لعربية

٢٢..... - الأصوات الساكنة

٢٤..... - الأصوات اللينة

٢٥..... - الأسس التي بني عليها تقسيم الأصوات

الفصل الثاني

نسيولوجيا النطق والكلام

٤٤..... - أعضاء استقبال الصوت

٤٧..... - مجموعة التنظيم للركري

الفصل الثالث

اضطرابات النطق والكلام

٥٢..... أولاً- التأخر الكلامي

٤٥..... - مراحل تطور النمو اللقوي لدى الطفل

٥٥..... - المرحلة قبل اللقوية

٥٨..... - المرحلة اللقوية

٦٠..... - العوامل المؤثرة في النمو اللقوي لدى طفل ما قبل المدرسة

٦٠..... - القدرات العقلية

٦٢..... - العوامل البيولوجية

- العوامل البيئية ٦٤
- العوامل الاجتماعية والثقافية ٦٦
- ضعف السمع وأثره على النمو اللغوي ٦٨
- علاج التأخر الكلامي ٦٨
- دانيا - اضطرابات النطق ٧٨
- العوامل المسببة لاضطرابات النطق ٨٠
- علاج اضطرابات النطق ٨٤
- ثالثاً - اضطرابات الصوت ٨٩
- خصائص الصوت والاضطرابات المرتبطة به ٩٠
- العوامل المسببة لاضطرابات الصوت ٩٢
- الأساليب العلاجية لاضطرابات الصوت ٩٧
- مشكلة الخنف ١٠٢
- الأساليب العلاجية لمشكلة الخنف ١٠٤

الفصل الرابع

اللجاجة

- نبذة تاريخية عن اللجاجة ١٠٩
- أولاً- تعريف اللجاجة ١١٢
- ثانياً- مظاهر اللجاجة ١١٨
- ثالثاً- تفسير اللجاجة ١٢٣
- العوامل الوراثية ١٢٤
- العوامل البيوكيميائية ١٢٧
- العوامل النفسية ١٣١
- العوامل البيئية الاجتماعية ١٣٩

- رابعاً- تشخيص اللجاجة ١٥٠
- مقياس تقدير شدة اللجاجة ١٥٩
- مقياس تقدير لوقوف الارتبطة بشدة أو تخفّاض اللجاجة ١٦٥
- خامساً- أساليب علاج اللجاجة ١٧٧
- سادساً- برامج علاج اللجاجة ١٨٨
- البرنامج الأول : برنامج باربارا دومينيك ١٩٨
- البرنامج الثاني : برنامج ميلنرد بيرى وجون ايزنسون ٢٠١
- البرنامج الثالث : برنامج ميرل مورلي ٢٠٤
- البرنامج الرابع : برنامج هوجر جريجوري ٢٠٧
- البرنامج الخامس : برنامج فرانسيس فريما ٢٠٨
- البرنامج السادس : برنامج كونتر ٢١٢
- البرنامج السابع : برنامج نان راتنر ٢١٤
- البرنامج الثامن : برنامج بهار جافا ٢١٥
- البرنامج التاسع : لهار وستين ولزمن كور ٢١٧

الفصل الخامس

البرامج العلاجية المقترحة

- العلاج السلوكي ٢٢٣
- برنامج العلاج بالتظليل ٢٢٦
- مثال توضيحي للعلاج بالتظليل ٢٤٦
- الجلسات العلاجية ٢٥٧

المراجع

- للأراجع العربية ٢٦٩
- للأراجع الأجنبية ٢٧٤

المقدمة

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿ رَبِّ اشْرَحْ لِي صَدْرِي * وَبَسِّرْ لِي أَمْرِي * وَاحْلُلْ عُقْدَةً مِنْ لِسَانِي * يَتَّبِعُوا قَوْلِي ﴾

(طه ٣٨:٣٥)

صدق الله العظيم

عزيزي القارئ ، للربيع والعلم والأخصائي النفسي والأخصائي الاجتماعي

أقدم إليك هذا الكتاب في "اضطرابات النطق والكلام ، التشخيص والعلاج" .
بتناول هذا الكتاب في عرض شامل لعظم الجوانب المتصلة باضطرابات النطق والكلام
لدى الأطفال والتي لهم المربين والمرشدين والأختصاصيين في مجال علم النفس وعلم
الاجتماع وغيرهم من العاملين في مجال ذوي الاحتياجات الخاصة .

حيث ان موضوع اللغة والنطق والكلام من الموضوعات الهامة التي شغلت
القدماء والمحدثين من علماء اللغة والكلام والطب وعلم النفس وعلم الاجتماع والتربية
وغيرهم من العلماء في مجالات التخصصات المختلفة ، ولقد اكد هؤلاء جميعاً على
اهمية عامل اللغة والكلام في القدرة على الاتصال بالآخر والتوافق في النمو العقلي
والفكري والاجتماعي والنفسي .

كما تعتبر اعادة الكلام من أهم مستلزمات الشخصية الكاملة ، فالفرد الذي
يكون لديه القدرة على الفهم والإفهام يصبح ناضجاً في حياته العملية وذلك لأهمية
وظيفة الكلام في حياة الفرد الأسرية والعلمية والاجتماعية كما ان قوة الشخصية
وقوة التعبير يسيران جنباً الى جنب ، فالفرد الوافق بنفسه يتكلم في الانطلاق ووضوح ،
فالقدرة على الكلام تعكس له اثر واضح في بناء الشخصية .

وفي هذا الصدد يؤكد علماء النفس على أهمية اللغة خاصة خلال السنوات
المبكرة من عمر الطفل حيث انها تظهر رغبته في التحدث امام الآخرين وسرعان
ما يتحول من كائن متمرکز حول الذات إلى كائن اجتماعي يمكن أن يرى ويدرك
وجهة نظر الآخرين .

ولهذا اهتمت في وضع خطة هذا الكتاب بان يكون منظم الفصول منطقياً ، سهل الأسلوب ، شامل المحتوى ، دون إسهاب ، ولا إيجاز ، حيث تناول الكتاب في الفصل لأول ، اللغة من حيث مفهومها ووظائفها ومصوتات اللغة العربية للتعرف على الأصوات الساكنة والأصوات اللينة وأعضاء النطق المستخدمة في إصدار هذه الأصوات . وتناول الفصل الثاني الحديث عن البناء التشريحي للجهاز الكلامي متمثلة في :

- أعضاء استقبال الصوت "مجموعة التنفيذ" .

- مجموعة التنظيم للركزي .

كما تناول الفصل الثالث :

أولاً : اضطرابات النطق والكلام المتمثلة في التأخر الكلامي تناولاً شاملاً من حيث مراحل تطور النمو اللغوي لدى الطفل والعوامل المؤثرة في النمو اللغوي لدى طفل ما قبل المدرسة . بالإضافة إلى إلقاء الضوء على بعض التدريبات العلاجية التي تساعد الأطفال الذين يعانون من التأخر اللغوي .

ثانياً : اضطرابات النطق والكلام وهي تشمل عدة أنواع كالحنف والتجريف والإضافة والإبدال والعوامل السببة لاضطراب النطق بالإضافة إلى عمل برنامج تدريبي يكون الهدف منه تدريب الطفل على إصدار الأصوات الخاطئة بصورة صحيحة .

ثالثاً : اضطرابات الصوت وهي تلك العيوب التي تصيب وظيفة الصوت والتعرف على خصائص الصوت والاضطرابات المرتبطة بتلك الخصائص مثل الصوت الرعش والصوت الرتيب ، وحة الصوت ، والصوت الطفلي مع التعرف على الأساليب العلاجية لاضطرابات الصوت . أيضاً تم التطرق إلى مشكلة الخنف نظراً لما لها من أثر على أساليب الاتصال الشخصي للتبادل بين الأفراد وما يترتب عليها من مشكلات نفسية ولذا تم التعرف على أساليب وطرق العلاج المختلفة لتلك المشكلة بالإضافة إلى وضع برنامج للأسرة في المراحل المبكرة من عمر الطفل .

أما الفصل الرابع فلقد تناول موضوع اللجاجة لدى الأطفال تناولاً متكاملاً شاملاً من حيث مفهوم اللجاجة وتفسيرها تبعاً لتعدد وجهات النظر بشأن العوامل المسببة لها مثل العوامل الوراثية والبيوكيميائية والنفسية والنيروفسيولوجية والبيئية والاجتماعية ، كما تم استعراض عدداً من أساليب وبرامج علاج اللجاجة في بعض البلدان الأجنبية .

ولقد حرصنا بكل الحرص على أن نقدم للقارئ نماذج حية لبعض حالات اللجاجة لدى الطفل للتلجج مع تقديم وصفاً شاملاً للبرامج العلاجية التي قمنا بتجربتها على بعض الأطفال التلججين لتضيق قدر الإمكان الحاجات للباينة والممتدة على نطاق واسع ، مع تذكير القارئ بالحاجة الملحة إلى التمسك بمعايير الضبط العلمي . وهذه كلمة شكر أقدمها لوالدي "رحمهما الله" أعزها بفضلهم في تشيئتي علمياً واشكر زوجي على تشجيعه لي ومساعدته القيمة .

الدكتورة

سهير محمود أمين عبد الله

محنة نصر - القاهرة

أغسطس ٢٠٠٤م

اللغة ووظائفها

- . تعريف اللغة
- . وظائف اللغة
- . مصوات اللغة العربية



اللغة ووظائفها

المقدمة :

لا تتجمع ذرات الشعوب وتولد منها القوة القاهرة إلا بالكلام فليس اعظم شأن في تربية الشعوب من الكلام بشرط ان يكون كلاماً نافعاً .

فالكلام من اهم سبل الاتصال النفسي بين الفرد والفرد الآخر فإننا نكلم شخص فإنه ينقل حالات نفسية كاملة فيها معاني ومشاعر وانفعالات وأفكار ، ولهذا فإن موضوع اللغة والنطق والكلام من الموضوعات الهامة التي شغلت القدماء والحديثين من علماء اللغة والكلام والطب وعلم النفس وعلماء الاجتماع والتربية وغيرهم من العلماء في مجالات التخصصات المختلفة ولقد أكد هؤلاء جميعاً على أهمية عامل اللغة والكلام في القدرة على الاتصال وعلى التوافق وفي النمو العقلي والفكري والاجتماعي والنفسي .

و يعتمد إجادة الكلام من اهم مستلزمات الشخصية الكاملة للفرد الذي يكون لديه القدرة على الفهم والإفهام يكون ناضجاً في حياته العملية وذلك لأهمية وظيفة الكلام في حياة الفرد الأسرية والعملية والاجتماعية كما ان قوة الشخصية وقوة التعبير يسيران جنباً إلى جنب ، فالفرد الواصل بنفسه يتكلم في انطلاق ووضوح وتحديد وضبات فالقدرة على الكلام تعكس في الشخص قوة ومن ثم فالكلام له اثر في بناء الشخصية ، والإنسان يستطيع الحصول على ما يريد به لسانه أكثر مما يناله ببنائه وان البطولة والزعامة تحالف بلاغة القول وقصاحة اللسان ، وغالباً ما نرى أبطال النابهر هم ساسة الأمم وقادة الشعوب في كل زمان ومكان .

ويعد الكلام أكثر الأنشطة تعقيداً ولهم الأنشطة العضلية توازناً فبسبب طبيعته للعقدة ومناطقه العصبية ومجموعاته العضلية التي لا حصر لها والتي تتطلب تقريباً تناسقاً تاماً وتوافقاً فإن الكلام يعتمد عرضه للتشويش والاضطرابات خلال فترات

التوتر الانفعالي ، وفي مثل تلك الفترات نجد ان ضغوط التفاهم تكون أكثر تشويشاً ، واضطراباً أثناء التعبير اللفظي .

حيث تشير باربارا دومينيك (1959) Dominick إلى أن اللغة تعتبر الوسيط الأساسي للتفاهم فمن خلالها نعي عن أرائنا ، ومشاعرنا واتجاهاتنا وردود أفعالنا كما تعتبر وسيلة الاتصال الأولى للطفل ليعبر عن آرائه ويبلغها لوالديه وللعالم الخارجي وبينما يستطيع الأطفال الآخرون أن ينجحوا ، فإن الطفل المصاب بالجلجة (مثلاً) يكون أكثر عرضه للقلق بسبب الاضطراب الانفعالي .

ونجد أن الأفراد يمارسون الكلام في مختلف جوانب حياتهم دون أن يشعروا أنفسهم بتحديد الوظائف التي تؤديها ولكن علينا أن نتخيل عجز الطفل عن التعبير عن نفسه فإن ما يحول بينه وبين تحقيق هذا الغرض قد يكون إعاقه سمعية أو بسبب عوامل بيئية أدت إلى تأخر النمو اللفوي وفي ظل هذين العاملين يعجز الطفل عن نقل أفكاره وإذا حاول يخونه النطق أو يثقل عليه أو قد يكون كلامه غير مفهوم وربما عجز كلية عن الكلام وبالتالي يعانى الطفل من الوحدة لأنه غير قادر على أن يتواصل مع الآخرين .

وفي هذا الصدد تؤكد ليلي كرم الدين (١٩٩٢ ، ٦١) على أهمية اللغة خاصة خلال السنوات المبكرة من عمر الطفل حيث أن الطفل يظهر رغبته في التحدث مع الآخرين وسرعان ما يتحول من كائن متمركز حول الذات Ego-centric إلى كائن اجتماعي Socialized يمكنه أن يرى ويدرك وجهة نظر الآخرين ويفرق بينها وبين وجهة نظره .

تعريف اللغة ،

يرى العلماء أن اللغة عبارة عن مجموعة من الرموز للنطق تستخدم كوسائل للتعبير أو الاتصال مع الغير وهي تشمل لغة الكتابة أو لغة الحركات المعبرة (الإيماءات اللفظية) ، أو هي مجموعة محددة أو غير محددة من الجمل كل منها محدودة من حيث الطول وتركيب من مجموعة من العناصر .

كما يرى ديكاوت أن اللغة هي خاصية الإنسان حيث أنه حيوان ناطق أي مفكر وهي وسيلة للتواصل ولادة للتسجيل ومساعد آلي للتفكير ، وعرفها ابن خلدون بأنها ملكة في اللسان وكنة الخط ملكة في اليد . (عبد المجيد أحمد منصور ، ١٣٨٢ ، ١٢) وتعرف اللغة Language بأنها نظام من الرموز يتسم بالتحكم والانتظام والتمسك بالقواعد ولهجات من اللغة هو تواصل الأفكار والشاعر بين الأفراد ويرى بانجس (1968) أن اللغة تتكون من أربعة نظم لغوية هي :-

- ١- نظام دلالات الألفاظ Semantic System وهو الذي يتعلق بمعاني الكلمات .
- ٢- النظام التركيبي (البنائي) Syntactic System ويتعلق بالترتيب المنتظم للكلمات في مقاطع أو جمل .
- ٣- النظام المورفولوجي Morphologic System ويتعلق بالتغيرات التي تدخل على مصادر الكلمات لتحديد أشياء كالزمن أو العدد أو الوضع .
- ٤- النظام الصوتي Phonologic System وهو يتعلق بالأصوات الخاصة بالاستخدام الصوتي .

ويتضمن الأداء الوظيفي جانبين وهما :-

الجانب الأول ، هو قدرة الفرد على فهم واستيعاب التواصل المنطوق من جانب الآخرين .

الجانب الثاني ، يتمثل في قدرة الفرد على التعبير عن نفسه بطريقة مفهومة وفعالة في تواصله مع الآخرين .

كما يعرف بانجس الكلام Speech على أنه الفعل الحركي Motor act لو العملية التي يتم من خلالها استقبال الرموز الصوتية وإصدار هذه الرموز .

ويتضمن الكلام التنسيق بين أربع عمليات وهي كالتالي :-

- ١- التنفس **Respiration** : العملية التي تؤدي إلى توفير الهواء اللازم للنطق .
- ٢- إخراج الصوت **Phonation** : وهذا يعني إخراج الصوت بواسطة الحنجرة والأحبال الصوتية .
- ٣- رنين الصوت **Resonance** : وهي تعني استجابة التلجيب في سقف الحلق المليء بالهواء وحركة اللسان الصوتية مما يؤدي إلى تغيير نوع اللوحة الصوتية .
- ٤- نطق تشكيل الحروف **Articulation** : أي استخدام الشفاه واللسان والأسنان وسقف الحلق لإخراج الأصوات المحددة واللازمة للكلام .

ويرى ثورنليك أن اللغة هي أهم الوسائل الاجتماعية بالنسبة للفرد ووظيفتها إشباع رغباته وإتاحة الفرصة لكي يعبر الفرد عن أفكاره ومشاعره فهي تعمل على إظهار الفكرة الكامنة داخل الفرد للآخر وبذلك تتيح عملية التواصل الاجتماعي والنفوي بين الأفراد .

كما أوضح **Jain (1996)** أن اللغة هي النظام الرمزي المستخدم في الاتصال وهي عبارة عن رموز اجتماعية يشترك فيها الناس وقواعد كثيرة لتجميع هذه الرموز وهناك أساليب لأشكال اللغة وهي :-

- غير لفظي (إشارات ، إيماءات وجبهة ، حركات جسمية) .
- لفظي (الحديث ، الكتابة ، الغناء) .
- صوتية (أصوات الحديث) .

وتعرف زينب شقير (٢٠٠٠) اللغة بأنها رموز عامة يشترك فيها الجميع ويتفقون على دلالتها كما تتمثل في سيادة الرمز الاجتماعي بارتقاء اللغة لأنها تحقق قدراً من قبول الذات والآخرين وإذا قل هذا القدر عن حد معين اضطربت عملية التواصل الاجتماعي بين الأفراد وبعضهم البعض .

وظائف اللغة

يتفق اغلبيية علماء اللغة على ان وظيفة اللغة هي التعبير او التواصل او التفاهم رغم ان بعضهم يرفض تفبيد وظيفتها بالتعبير او التواصل ، فالتواصل هو إحدى وظائفها إلا انه ليس الوظيفة الرئيسية .

ولقد قدم فيصل الرزاد (١٩٩٠) حصراً بأهم وظائف اللغة كما يلي :-

- ١- تعد اللغة أداة تساعد الفرد على التوافق والتكيف مع ظروف الحياة الخارجية والداخلية حيث انها أداة للتعبير عن الأحاسيس والأفكار والشاعر والعواطف .
- ٢- تعد اللغة أداة للتواصل والتفاهم بين الأفراد والجماعات حيث تعمل على ربط الأفراد ببعضهم البعض ويعتقد بعض اللغويين في هذا المجال أن هذه الوظيفة هي الأساسية بالنسبة للغة .
- ٣- تساعد اللغة الإنسان في السيطرة على البيئة الخارجية من أشياء وموضوعات .
- ٤- تعتبر اللغة أداة فعالة في تسجيل الأحداث والخبرات الماضية فهي أداة لحفظ التاريخ والتراث والفكر ليربط الماضي بالحاضر والمستقبل .
- ٥- تعد اللغة الوسيلة الأساسية للتفكير فهي أداة التفكير لدى الإنسان وعن طريق اللغة يستطيع الفرد ان يحرم عن التكاثر وان ينقل هذه الأفكار للآخرين عن طريق الرموز اللفوية .
- ٦- تستخدم اللغة كدواء للسيطرة والمفانيان بين الأفراد والجماعات مثلما يحدث في الدعاية والناقدسة واستغلال الشعوب او استعمارها .
- ٧- أهم وظائف اللغة التعلم واكتساب المعلومات والخبرات فمن طريق اللغة يتعلم الطفل اللوات الدراسية وحفظ المعلومات وتذكرها وتكوين الخبرات والمعارف والإلهام بالقراءة والكتابة .
- ٨- تعد اللغة بمثابة عامل هام في تطبيق الاختبارات والقياسات وإجراء التفاعلات على الأفراد للتمييز بين الحالات السوية والحالات الضطرية .

٩- تساعد اللغة الأشخاص المضطربين لافعاليا في التعبير عما بداخلهم من مشاعر كما في حالات العصاب والإمراض السيكوسوماتية وبهذا يكون اللغة وظيفة تشخيصية .

١٠- تستخدم اللغة كأداة لإثارة العواطف لدى الغير تبعاً لهذا التأثير والاستجابة كما يرى علماء الدراسة السلوكية فاللغز هو الكلمات للسموعة بما فيه من مدلول أو معنى والاستجابة هي السلوك اللغوي الذي ينجم عن ذلك .
و كذلك أشار العالم الروسي ليفان بافلوف إلى دور اللغة والرموز اللغوية في عملية الأشراف لدى الفرد .
كما يرى (Hethering and Parke : 1979 : 299) أن وظائف اللغة كثيرة وتتلوور في النقاط التالية :-

١- الوظيفة النفسية Instrumental function

وهذه الوظيفة هي التي يطلق عليها " أنا أريد كذا " حيث تساعد الفرد على إشباع حاجاته والتعبير عن رغباته وما يريد الحصول عليه من البيئة المحيطة .

٢- الوظيفة التنظيمية Regulatory Function

وهذه الوظيفة تعرف باسم " لأفعل كذا ولا أفعل كذا " كنوع من الأمر لتنفيذ المطالب أو النهى أو أداء بعض الأفعال ، واللغة هنا لها وظيفة الفعل أو التوجيه العملي المباشر .

٣- الوظيفة التفاعلية Interpersonal function

تمز أهمية هذه الوظيفة باعتبار أن الإنسان كائن اجتماعي لا يستطيع الابتعاد عن أفراد الجماعة ولذا فهي وظيفة " أنا وأنت " فنحن نستخدم اللغة في جميع للواقف الاجتماعية لإظهار التواصل والاحرام والتائب مع الآخرين .

٤- الوظيفة الشخصية Personal Function

تعتبر من الوظائف الهامة والرئيسية للغة وهي نقل الخبرة الإنسانية والتعبير عن الفكر واكتساب المعرفة فاللغة ضرورة حتمية لتقدم الثقافة والعلم لأن

الألفاظ هي حصن الفكر وبالتالي لا وجود للفكر من دون اللغة لأن الكلمة هي أداة للتفكير في المعنى الذي تعبر عنه .

٥- الوظيفة الاستكشافية *Henristic Function*

من خلال هذه الوظيفة تساعد الفرد على تمييز ذاته عن البيئة المحيطة واستكشاف وفهم البيئة المحيطة بمعنى أنه يسأل عن الجوانب التي لا يعرفها حتى يستكمل الجوانب الغامضة في معلوماته عن تلك البيئة .

٦- الوظيفة التخيلية *Imagination Function*

حيث تستخدم اللغة في كتابة وإنتاج الأعمال الفنية المتميزة مثل القصص والأشعار والأدبيات التي تعكس انفعالات وتجارب واحاسيس الفرد وبالتالي يستخدمها الإنسان في الترويح عن النفس والتغلب على صعوبات العمل وإضفاء روح الجماعة كما هو الحال في الأغاني والأشعار التي تتردد في الأعمال الجماعية أو الفردية .

٧- الوظيفة الاخبارية *Information Function*

يستخدم الفرد اللغة لنقل المعلومات الجديدة والمتنوعة إلى باقي أفراد الجماعة وكذلك توصيل هذه المعلومات إلى الأجيال المتعاقبة أيضا تستخدم اللغة كوسيلة تذكيرية أو إقناعية مثلما يفعل بعض المهتمين بالأعلام لبحث الجمهور على الإقبال على سلعة معينة أو تعديل نمط سلوكي غير مرغوب اجتماعيا وفي هذه الحالة تستخدم الألفاظ المحملة انفعاليا ووجدانيا .

مصونات اللغة العربية

يطلق بعض العلماء على علم الأصوات علم الفوناتيک phonetics ، والبعض ينسبه إلى فرع «الفونولوجي» phonology لأن الفوناتيک ، يعنى بالأصوات الإنسانية شرحاً وتحليلاً ويجرى عليها التجارب دون النظر إلى ما تنتمي إليه من لغات ولا إلى اثر تلك الأصوات في اللغة من الناحية العلمية أما فرع (الفونولوجي) فيعنى بكل العناية بأثر الصوت اللغوي في تركيب الكلام نحوه وصرفه ، ولهذا يمكن أن يطلق عليه علم الأصوات الذي يخدم بنية الكلمات وتركيب الجمل في لغة من اللغات .

على أن الفرعين قد يلتقيان في ميدان واحد ، ويشتركان معا في البحث في عدة نقاط ومن الملاحظين من يميز بين الاصطلاحين تمييزاً آخرأً فيجعل الأول منهما خاصاً بالناحية الوصفية ، والثاني بالناحية التاريخية وما اشتملت عليه من تطورات وقد كان للقدماء من علماء العربية بحوث في الأصوات اللغوية شهد المحدثون لها جليلة القدر بالنسبة إلى عصورهم وقد إرادوا بها خدمة اللغة العربية والنطق العربي ، ولاسيما في الرتل القرآني .

فلما كان العصر الحديث واتصلت ثقافتنا بثقافات أوروبا ، بدأ بعض أعضاء البعثات اللغوية يعنون بهذا الأمر ويحاولون الانتفاع به في خدمة اللغة العربية .

ظاهرة الصوت :-

الصوت ظاهرة طبيعية ندرك أثرها دون أن ندرك كنهها فقد أثبت علماء الصوت بتجارب لا يتطرق إليها الفكر أن كل صوت مسموع يستلزم وجود جسم يهتز على أن تلك الهزات لا تدرك بالعين في بعض الحالات كما اثبتوا أن هزات مصدر الصوت تنتقل في وسط غازي أو سائل أو صلب حتى تصل إلى الأذن الإنسانية .

والهواء هو الوسط الذي تنتقل خلاله الهزات في معظم الحالات ، فخلاله تنتقل الهزات من مصدر الصوت في شكل موجات حتى تصل إلى الأذن ، وسرعة الصوت كما قدرها العلماء هي حوالي (٣٣٢) متر في الثانية .

شدة الصوت :-

وتتوقف شدة الصوت أو ارتفاعه على بعد الأذن من مصدر الصوت فعلى قدر قرب الأذن من ذلك المصدر يكون وضوح الصوت وشدته ، كما تتوقف شدة الصوت على سعة الاهتزازة ، وهى السافة للحصورة بين الوضع الأصلي للجسم المهتز وهو في حالة السكون وأقصى نقطة يصل إليها الجسم في هذه الاهتزازة فعلى قدر اتساع هذه السافة يكون علو للصوت ووضوحه ، هذا ويساعد على شدة الصوت أو علوه اتصال مصدره بأجسام رنانة ولهذا تثلث الأوتار الموسيقية على ألواح أو صناديق رنانة ليقوى الصوت ويتضح .

درجة الصوت :-

درجة الصوت pitch هي للقياس للموسيقي الذي يدركه من له اللام بفن للموسيقي ودرجة الصوت كما برهن علماء الأصوات تتوقف على عدد الاهتزازات في الثانية فإذا زادت الاهتزازات أو الذبذبات على عدد خاص ازداد الصوت حدة وبذا تختلف درجته وعند الاهتزازات في الثانية يسمى في الاصطلاح الصوتي الردد ، فالصوت العميق عدد اهتزازاته في الثانية أقل من الصوت الحاد .

وصاحب الأذن للموسيقية يستطيع بسهولة التفرقة بين شدة الصوت ودرجته ويمكن للمرء أن يلحظ هذه التفرقة حيث يكون أمام آلة (الراديو) يستمع إلى أحد المغنين يغنى لحناً خاصاً ذا درجات موسيقية خاصة ، فإذا أدار للسمع زوا خاصاً ارتفع الصوت أو انخفض أي تغيرت شدة الصوت دون أن يؤثر هذا في درجات الصوت (اللحن) .

نوع الصوت :-

أما نوع الصوت فهو تلك الصفة الخاصة تميز صوتاً من صوت آخر وإن اتحدا في الدرجة والشدّة ، وهكذا نستطيع أن نميز صوت الكمنجة من العود رغم احتمال اتحادهما في الدرجة والشدّة ، وتلك هي الصفة تميز صوتاً إنسانياً من صوت آخر .

و تنفث الأصوات من اللجليات التي يكون مصدرها الحنجرة فعند انبعاث هواء الزفير من الرئتين يمر بالحنجرة فتحلث الاهتزازات الناتجة عن حركة الوتران الصوتيان وبعد مرورهما من الفم أو الأنف ، تنتقل خلال الهواء الخارجي على شكل موجات حتى تصل إلى الأذن .

ولذلك تعتبر الحنجرة أهم أعضاء النطق وذلك لأنها تحتوى على الوترين الصوتيين اللذان يشبهان الشفتين حيث يمتدان أفقياً من الخلف إلى الإمام ثم يلتقيان عند ثفاحة آدم كما هو مبين في الشكل رقم (١) . (إبراهيم أنيس ، ١٩٩٥)



شكل (١)

وتحتوى الحنجرة - أيضاً - على الزمار الذي بين الوترين إذ عندما يهتز الوتران الصوتيان تختلف شدة هذه الاهتزازات تبعاً لنوع فتحة الزمار كما يلي :-

أولاً - الانفتاح الكلي للمزمار :

يبتعد الوتران الصوتيان عن بعضهما البعض مما يسمح بمرور الهواء من تلك الفتحة بحرية وذلك عند إصدار الأصوات للهموسة وهي السين (س) والكاف (ك) والتاء (ت) والشكل رقم (٢) يوضح هذه الحالة .



شكل (٢)

للمزمار في حالة انفتاح كامل (الأصوات للهموسة)

ثانياً - الانغلاق الجزئي للمزمار :

في هذه الحالة يبتعد الوتران الصوتيان بالتماس ثم الانفراج عن بعضهما نتيجة قوة الهواء الذي يمر بفتحة المزمار مما يسبب تردداً يصل إلى ٨٥٠ مرة في الثانية ، وذلك عند إصدار الأصوات للجهورية مثل الصاد (ص) والضاد (ض) والظين (ظ) والقاف (ق) والشكل رقم (٢) يوضح هذه الحالة .



الشكل (٢)

الزمار في حالة إغلاق جزئي (الأصوات الجهورة)

ثالثاً - الانغلاق الكامل للزمار ،

في هذه الحالة يكون الوتران الصوتيان في إطباق أو تماس كامل ومن ثم لا يتمكن الهواء من المرور وبالتالي ينتج عن ذلك صوت الهمزة (ء) ويمكن توضيح هذه الحالة في الشكل رقم (٤) ،



الشكل (٤)

للزمار في حالة إغلاق كامل (الهمزة)

وتتوقف درجة صوت اللرء على سنه وحجسه فصوت الأطفال والنساء يتسم بالحدة أكثر من صوت الرجال وذلك لأن الوترين الصوتيين في الأطفال والنساء أقصر وأقل ضخامة ويؤدى هذا إلى زيادة في سرعتها وعند ذبذباتهما في الثانية ، والطفل حين يصل إلى البلوغ يتضخم الوتران الصوتيان ويزداد طولهما ويزداد قربهما على هذا عمق الصوت الذي يجعله أقرب إلى صوت الرجال منه إلى النساء لأن عند ذبذبات الوترين الطويلين الضخمين أقل كثرة .

وطول الوتر الصوتي في الإنسان البالغ يتراوح ما بين ٢٢ - ٢٧ ملليمتر وعدد الذبذبات في الحنجرة كما قدرها جمهور العلماء يتراوح في الغناء بين ستون ذبذبة في الثانية ومئات الذبذبات ، ولكنه في الكلام البين الواضح لا يكاد يتجاوز المائتين .

الأصوات الساكنة وأصوات اللين :-

لقد كان من نتائج تحليل ثلغماء اللغة المحدثين للأصوات اللغوية أن قسموها إلى قسمين رئيسيين هما الأول منهما consonants والثاني vowels ويمكن تسمية القسم الأول بالأصوات الساكنة والثاني بالأصوات اللينة (للتحركة) ، وأساس هذا التقسيم عندهم هو الطبيعة الصوتية لكل من القسمين .

ولقد أخذ هذان المصطلحان أكثر من تسمية فبعض العلماء يطلق على الأول "الصوامت" وعلى الثاني "الصوائت" والبعض الآخر يسمى الأول "أصواتا صامتة" ، والثاني "أصواتا صائتة" بناء على أن الثاني أوضح في السمع من الأول .

(عبد الله ربيع ، ١٩٨٨ ، ٩٢-٩٧)

وسوف نتناول هذا التقسيم بشيء من التوضيح .

أولاً : الأصوات الساكنة

تتأخر الأصوات الساكنة بثلاث عوامل وهي :

- وضع الأوتار الصوتية .

عملية التنفس- كما سبق الإشارة - تتكون من شهيق وزفير ويستعمل الهواء الخارج من الرئتين (الزفير) لإصدار الأصوات اللغوية حيث يمر هذا الهواء بالقصبه الهوائية إلى الحنجرة فإذا كانت فتحة المزمار متقبضة فإن الوترين الصوتيين يكونان ملتصقين مما يسبب ارتطام الهواء الخارج ضاغطاً على هذه الأوتار لفتح مجرى له للخروج ومع عملية الانفتاح والإغلاق ينتج صوتاً موسيقياً يختلف درجته حسب عدد الترددات في الثانية الواحدة ويسمى الصوت الناتج بالصوت الجهور .

وفي حالة انفتاح فتحة المزمار فإن الوترين الصوتيين يبتعدان عن بعضهما البعض حيث يجد الهواء مجرى له وبذلك تصدر الأصوات التي تعرف بالأصوات الهموسة .

ولتمييز الصوت الجهور عن الهموس تقوم بوضع الإصبع داخل كل لأن عند نطق صوت الزاى ز ، فإذا شعرنا بالرنين فإن الصوت يكون مجهوراً وكذلك حروف ج ، د ، ذ ، ض ، ظ .

وإذا انطفي الرنين كما في حرف السين (س) فإن الصوت يكون مهموساً كذلك حروف ت ، ث ، ج ، خ الخ .

ثانياً : أعضاء النطق المستخدمة في إصدار الصوت

للتعرف على الأشكال الصوتية تبعاً للأعضاء المساهمة في إخراج الصوت ، يمكن تقسيمها إلى ما يلي :

- الأصوات الشفوية

تنطبق الشفتان تماماً لكي تحبس الهواء قبل أن يتسرب كما الفراغ الفمى مثل الباء (ب) و اليم (م) .

- الصوت الشفوي الأسناني

'ينطلق هذا الصوت عند تحريك الشفة السفلي نحو أطراف الثنايا العليا كما هو الحال في صوت الفاء (ف) .

- الوسط الأسناني

تخرج هذه الأصوات من بين أطراف الثنايا العليا واللسان وهي الثاء (ث) والذال (ذ) والظاء (ظ) .

- الإسنانية

ينطلق بهذه الأصوات عند التقاء طرف اللسان بأصول الثنايا كما هو الحال في الذون (ن) والطاء (ط) والذال (د) والضاد (ض) والراء (ر) والسين (س) والصاد (ص) والزاي (ز) واللام (ل) .

- وسط حنكية / أقصى حنكية

تصدر أصوات الوسط حنكية وهي الجيم (ج) والشين (ش) والياء (ي) عند التقاء أول اللسان وجزء من وسطه بوسط الحنك الأعلى في الجزء الصلب .

أما أصوات الأقصى حنكية وهي القاف (ق) والكاف (ك) فتكون عند التقاء أقصى اللسان بأقصى الحنك الأعلى .

- الأصوات الهوائية / البلمومية

تصدر هذه الأصوات وهي الهاء والخاء (خ) والهمين (ع) والفين (غ) من وسط الحلق حيث يتخذ الهواء مجراه في الحلق حتى يصل إلى انفاه من الفم وبذلك يمكن وصف حروف الهمين (ع) والطاء (ح) بالبلمومية والخاء (خ) والفين (غ) بالهوائية .

- الأصوات المزمارية

مخرج هذه الأصوات هو من فتحة المزمار نفسها وهي الهاء والهمزة (ء) .

(فارس ، ١٩٨٧ ، ٢٨٠-٢٩٠)

ثانياً الأصوات اللينة

تشترك هذه الصوتيات في صفات خاصة أهمها -

١- الأصوات اللينة كلها مجهورة .

٢- مجرى الهواء أثناء النطق لا يتعرض لهوائاً مروره في الحلق والقم بالمقارنة

بعملية النطق للحروف الساكنة التي لابد من وجود حوائل تحبس الهواء لمدة معينة قبل أن يسمح له بالخروج من القم .

ويمكن تقسيم الأصوات اللينة إلى المجموعات التالية :-

الأصوات اللينة الضيقة

وهذه الأصوات تتمثل في الكسرة (ا) والضمة (ء) حيث يرففع اللسان نحو الحنك إلى أقصى حد كما تسمى أيضاً بالأصوات الضيقة وذلك لأن الفراغ بين اللسان والحنك يشترك في إصدار هذه الأصوات أضيق ما يمكن ولكن ليس للدرجة أن يعترض مجرى الهواء أي عائق .

الأصوات اللينة المتسعة

تسمى هذه المجموعة بالأصوات اللينة المتسعة أو صوت الفتحة (ؤ) التي تنصف بالاتساع حيث يهبط - أثناء النطق - اللسان حتى يصل إلى قاع القم والفراغ بين اللسان والحنك يكون أوسع ما يمكن .

وهناك تقسيم للأصوات اللينة تبعاً لحركة اللسان وهي كالتالي :-

١- أصوات لينة أمامية حيث يلاحظ أن أول اللسان يرففع في النطق كما هو الحال في نطق أصوات اللين (ا) و (ء) .

ويظهر ذلك بوضوح في نطق صوت (n) حيث يكون لفصر اللسان هو الذي يرتفع نحو الحنك ، كما يختلف وضع الشفتين أثناء نطق هذه الأصوات فالشفتان مع صوت (m) مستكبرتان ومع اصوات (i) و (a) تكون منفرجتان .

الأسس التي بني عليها تقسيم الأصوات

يرجع الاختلاف بين الحركات والصوامت أو الأصوات الصامتة والأصوات الحركية للعوامل التالية :-
أولاً ، من ناحية الوظيفة :-

يتكون المقطع من مجموعة أصوات تشتمل على (حركة) واحدة فقط ، وهو بكونه حدثاً متكاملًا ، أو شيئاً كلياً ، له بداية ونهاية وبين الابتدء والانتهاء مرحلة وسطى تمثل الاستقرار ، وبلوغ القمة وعلى أساس ان المقطع عبارة نبضة نفسها أو نشاط نفسي أو دفعة هوائية فإن أعلى قوة في هذه النبضة أو ذلك النشاط تتمثل في صوت الحركة التي تشتمل عليها لهذا كانت الحركة نواة المقطع وهذه النواة هي التي تبرز فيها ظواهر الأداء .

فكلمة (كتب) تنقسم على مقطعين (ك) + (تاب) وإذا نظرنا إلى المقطع الثاني وقارنا بين أصواته الثلاثة (التاء والاف الد ، والباء) من ناحية النطق فسوف نجد الحركة (ألف الد) قد أخذت نصيبها اكثير من اختيها بالنسبة للتبر والتنفسهم والتزمين والطول ذلك انها اقوى ولبرز في السمع من التاء والباء وأعلى نغمة منها وايضاً أطول زمناً وابطأ سرعة منها لهذا كانت الحركة بمثابة العصب أو المركز أو النواة التي تضم حولها بقية عناصر المقطع لتظهر جميعها - نطقاً وإدراكاً - في صورة كلية .

ثانياً : من الناحية الفسيولوجية -

تختلف طبيعة المر أو عبارة أدق صورة مر الهواء في أثناء النطق من صوت

لآخر وهذا الاختلاف يأخذ صورتين متباينتين -

الأولى - يكون الطريق فيها مفتوحاً والمر واسعاً بدرجة أكبر فيخرج الهواء من القصبة إلى الحنجرة ، فيهتز الوتران الصوتيان ويصبح الهواء الخارج مهتزاً أو محملاً بتذبذبات ، ويستمر في الخروج دون أن يعترضه عائق ودون أن يحدث حفيظاً مسموعاً وهذا الوضع الفسيولوجي لا يكون إلا مع نوع خاص من الأصوات وهو الحركات .

الثانية - وأحياناً يكون الطريق مفتوحاً لكن بدرجة أقل كثيراً من الصورة الأولى فيخرج الهواء من هذا المر محدثاً حفيظاً مسموعاً كالذي نسمعه مع (الفاء) وقد يقوى حتى يحدث ما نعرفه بالصغير كما في نطق (السين) أو (الزى) أو (الصاد) وإما أن يفلق الطريق في مكان آخر كاليم التي يفلق الطريق معها المر في منطقة الشفتين ويفتح لها التجويف الأنفي ليخرج منه صوت للهم أو يفلق خلفاً محكما لفترة زمنية لا يسمح فيها للهواء بالمرور ثم يعقب هذا انفجار مسموع وذلك كما يحدث مع صوت (التل) .

ثالثاً : من الناحية الفيزيائية -

الأصوات تختلف فيما بينها من حيث (الكونات التذبذبية) تلك التي تبدو في صورة التحليل على شكل نطاقات أو حزم من التذبذبات ، ويلاحظ على هذه الكونات أنها في (أصوات الحركة) منتظمة وكثيرة في عددها ، على حين أنها في (الصوامت) على عكس هذا غير منتظمة وكثيرة في عددها ومعنى هذا أن صوت الحركة - فيزيائياً - عبارة عن تذبذبات منتظمة كثير في شدتها والصوت الصامت عكس هذا .

رابعاً ، من الناحية السمعية أو الإدراكية :-

تختلف الأصوات اللغوية المنطوقة فيما بينها على أساس درجة وضوحها السمعي ، فبعض الأصوات تستطيع الأذن إدراكه من مسافة معينة ، والبعض الآخر لا تستطيع الأذن أن تتركه أو تتركه لكن بدون تمييز واضح — من المسافة نفسها وذلك راجع إلى اختلاف طبيعة الأصوات من حيث Sonority الذي يمكننا تسميته (بالوضوح) ولقد كشفت الدراسات الصوتية الإدراكية عن أن (الحركات) هي أكثر الأصوات وضوحاً في السمع بينما (الأصوات الصامتة) أقل منها في ذلك بدرجة بارزة .

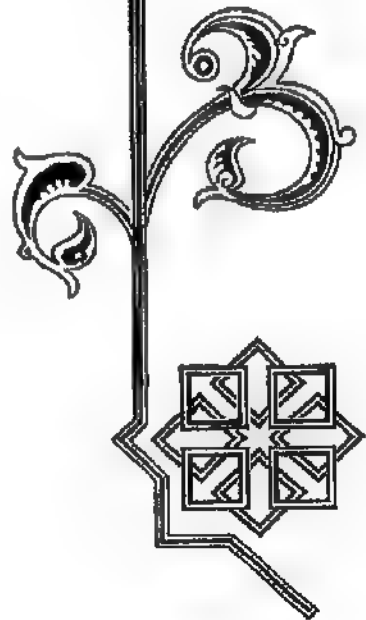
ويمكنك أن تلحظ هنا الفرق في (الوضوح) عندما تستمع إلى إنسان يتكلم في وسط ضوضاء عالية أو من مسافات بعيدة ، فإن لذلك سوف تترك (أصوات الحركات) بوضوح وقد لا تترك (الصوامت) أو تتركها ولكن في درجة وضوح أقل .

فالفتحة مثلاً وهي (صوت لين قصير) تسمع بوضوح من مسافة أبعد بكثير مما نسمع عندها الفاء ولهذا يعتبر الأساس الذي بنى عليه التفرقة بين الأصوات الساكنة وأصوات اللين أساساً صوتياً وهو نسبة الوضوح السمعي .

وليست كل أصوات اللين ذات نسبة واحدة في الوضوح السمعي بل منها الأوضح فأصوات اللين للتسعة أوضح من الضيقة أي أن الفتحة أوضح من الضمة والكسرة كما أن الأصوات الساكنة ليست جميعها ذات نسبة واحدة فيه بل منها الأوضح فالأصوات المجهورة أوضح في السمع من الأصوات للهموسة .

فسيولوجيا النطق والكلام

- أعضاء استقبال الصوت
- مجموعة التنظيم المركزي



الفصل الثاني

فسيولوجيا النطق والكلام

يتأخر الكلام واللغة بالبناء أو التركيب التشريحي للفرد والأداء الوظيفي الفسيولوجي والأداء العضلي الحركي والقدرات المعرفية والنضوج والتوافق الاجتماعي والسيكولوجي .

ويصف محمد حسين (١٩٨٦) عملية النطق بأنه نشاط اجتماعي مكتسب يعتمد على تآزر للنطاق العصبي ومركز الكلام في المخ الذي يسيطر بالتالي على الأعصاب التي تحرك العضلات اللازمة لإخراج الصوت كما يشارك في عملية النطق الرئتان والحجاب الحاجز والأوتار الصوتية والحنجرة والفم والتجويف الأنفي واللسان والشفتان وغير ذلك من العوامل التي تؤثر على عملية النطق كالقدرات العقلية والعوامل الانفعالية وحالة الفرد الصحية والنفسية ، وبذلك نجد أن عملية تعلم اللغة أو الكلام عملية طويلة معقدة يشترك فيها عوامل متعددة وأجهزة مختلفة لذلك إذا حدث خلل في منطقة أو عامل من تلك التي ذكرت فإنه يؤدي إلى صورة أو أخرى من اضطرابات الكلام .

ويؤكد بانجس (1968) Bangs أن عملية النطق هي فعل حركي يتضمن التنسيق بين أربع عمليات وهي :-

١- التنفس Respiration

العملية التي تؤدي إلى توفير الهواء اللازم للنطق

٢- إخراج الصوت

وهو إخراج الصوت بواسطة الحنجرة والأحبال الصوتية

٢- رنين الصوت Resonance

وهى تعنى استجابة التجنب في سقف الحلق اللّـي بالهواء وحركة الذنابات الصوتية مما يؤدى إلى تغيير نوع الموجة الصوتية .

٤- نطق (تشكيل) الحروف Articulation

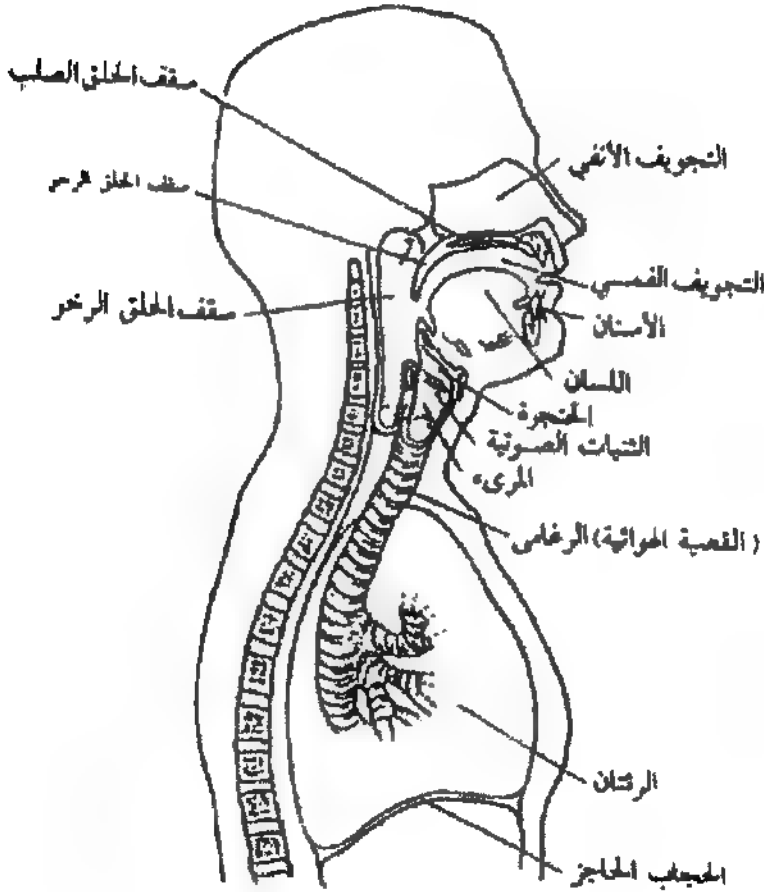
أي استخدام الفم واللسان والأسنان وسقف الحلق لإخراج الأصوات المحددة واللازمة للكلام .

وإذا انتقلنا إلى الحديث عن البناء أو التركيب التشريحي للجهاز الكلامي نجد أن ميكانيزم النطق يعتبر جزءاً من جهاز الكلام وتشير الدراسات التقدمية حول فسيولوجيا النطق والكلام بالعديد من الوظائف العضوية التامة للأعضاء التالية وهى موضحة في الشكل رقم (٥) . وسوف تستعرض هذه الأعضاء بشيء من التوضيح .

شكل (٥)

مجموعة الأعضاء الصوتية

شكل رقم (٦) الأعضاء الصوتية في الإنسان



(تأليف: السيد محمد الرحيم ، ١٩٩٠ ، ٣٣٠)

(أ) أعضاء استقبال الصوت "مجموعة التنفيذ" وهي كالتالي:

أولاً - الحجاب الحاجز : Diaphragm

هو نسيج عضلي مستعرض، يفصل بين الجهاز التنفسي بما فيه من أعضاء وبين الجهاز الهضمي، وحركة الحجاب الحاجز تكون رأسية إلى الأعلى أو إلى الأسفل عند الشهيق يتقلص الحجاب الحاجز إلى أسفل فيضغط على الأمعاء ويمتد جدار البطن إلى الأمام وبذلك يتسع المكان للرئة التي تتمدد وتمتلئ بأكبر كمية من الهواء، وفي حالة الزفير ينقلص الحجاب الحاجز إلى أعلى فيحدث ضغط على الرئة يكون كافياً لإخراج هواء الزفير وتختلف درجة الضغط باختلاف أجزاء الكلام وباختلاف حالة الفرد النفسية مثل الفرح أو الحزن أو الغضب أو الرضا.

ثانياً: الجهاز التنفسي " الرئتين والقصبة الهوائية " :

للرئتين وظيفة هامة في الكلام وعن طريق حركة الرئتين تتحقق الوظيفة الحيوية التي هي إمداد الجسم بالأكسجين (عملية الشهيق)، وتخليصه من ثاني أكسيد الكربون (عملية الزفير) .

وهناك علاقة بين التنفس وعملية الكلام فالكلام لا يتم إلا في حالة الزفير . كما يلاحظ أن زمن الشهيق مساو تماماً لزمن الزفير في وضع الراحة أو الصمت كما يطول زمن الزفير أثناء عملية التكلم ويكون هذا الطول واضحاً في حالات خاصة كما هو الحال في قراءة القرآن وعند الغناء أيضاً .

وهواء الزفير الذي يحدث معه الكلام لا يخرج مجرداً مناسباً وإنما تعترض طريقه عقبات معينة من أعضاء النطق لكي يتكون الصوت الكلامي ، فإذا أردنا أن ننطق صوتاً كالكاف مثلاً فإن هواء الزفير يخرج من الرئتين نتيجة للضغط من الحجاب الحاجز ثم القصبة الهوائية فالحنجرة فالحلق دون عوائق وفي أقصى الفم ينتهي مؤخر اللسان بمؤخر سقف الحنك فيخلق للمر غلقاً محكماً يحفظه انفجار مسموع

هو صوت الكاف ونقطة الالتقاء هذه تعرف بمكان نطق الكاف وهكذا تتكون الأصوات الكلامية في جهاز النطق.

أما دور القصبة الهوائية Trachea في الكلام أنها طريق الهواء الخارج إلى الحنجرة حيث يتخذ التنفس مجراه إلى الحنجرة وأنها فراغ رنان ذي لكر واضح في درجة الصوت ولا سيما إذا كان الصوت عميقاً.

ثالثاً: الحنجرة Larynx

وتعتبر الحنجرة من أهم أعضاء النطق لاحتوائها على الوترين الصوتيين والزمار، فالوترين الصوتيان هما رباطان يشبهان الشفتين - كما سبق التوضيح - حيث يمتدان أفقياً من الخلف إلى الأمام ثم يلتقيان عند تفاحة آدم، أما الزمار فهو الفراغ الذي بين الوترين اللذان يهتززان لهزات تختلف شملها حسب نوع فتحة الزمار.

رابعاً: الحلق

هو الجزء الذي بين الحنجرة والفم فهو بالإضافة لكونه مخرجاً لبعض الأصوات اللغوية فإنه يستعمل بصفة عامة كفراغ رنان يقوم على تضخيم بعض الأصوات بعد صدورها من الحنجرة.

خامساً: الفراغ الفموي ويتكون من الأعضاء التالية:-

١- اللسان

وهو عضو هام في عملية النطق لأنه مرن وكثير الحركة في الفم عند النطق فهو ينتقل من وضع إلى آخر وينتج الصوت اللغوي حسب أوضاع اللسان، ولقد قسمه علماء الأصوات إلى ثلاثة أقسام

- أول اللسان (طرف اللسان).

- وسط اللسان.

- لقصى اللسان.

٢- الحنك الأعلى

وهو العضو الذي يتصل به اللسان في أوضاعه المختلفة ومع كل وضع من أوضاع اللسان مع أجزاء الحنك تتكون أشكال مختلفة من مخارج الأصوات وينقسم الحنك إلى عدة أقسام وهي:-

- الأسنان و أصول اللثاايا.
- وسط الحنك (الجزء الصلب منه)
- أقصى الحنك (الجزء اللين منه ثم اللهاة).

٣- الشفتان

نلاحظا تغييراً في شكل الشفتين أثناء عملية النطق ومن ثم نجد الانفراج والاستدارة والانطباق أوضاع واضحة للشفتين أثناء إصدار بعض الأصوات.

سادساً:- الفراغ الأنفي

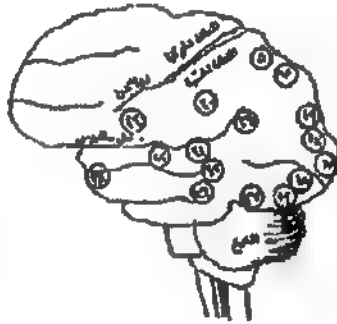
وهو العضو الذي ينطق خلاله النفس مع بعض الأصوات كالحيم والنون لكونه فراغاً رناناً يستخدم بعض الأصوات عند النطق. (عبد الله ربيع وآخرون ١٩٨٨، ٨٧-٩٢)

(ب) مجموعة التنظيم المركزى

وهذه الأعضاء تتمثل في الجهاز العصبى ونصفي الخ كرويين والأعصاب الدماغية وهذه الأعضاء السابقة الذكر تقوم بوظائف أخرى غير وظيفة النطق والكلام وهى تتكون من الأعضاء التالية:-

أولاً: المناطق السمعية في القشرة الدماغية

بعد وصول الذبذبات الصوتية إلى العصب الدماغى^(١) تنتقل هذه الذبذبات إلى ساق الدماغ Brain stem وتتجه نحو القص الصدغى الأيسر والأيمن حيث توجد مناطق الإسقاط السمعية وهما المنطقة رقم ٤١، ٤٢ في خارطة العالم برودمان Brodmann وهىما يلى عرض لمركز الكلام ووظائفها تبعاً لخارطة برودمان كما هو موضح في الشكل رقم (٧) .



شكل (٧)

للنطقة رقم (٤١) ،

تقع في الجزء الخلفى من النطقة الصدغية العلوية، وهى تختص بتسجيل الأصوات بكل صفاتها من حيث الشدة والحدة والمركيب ولكن بدون تفسير أو إدراك لهذه الاحساسات الصوتية السمعية.

(١) يتكون العصب السمعى الدماغى (بالأذن الداخلية) من عصب فوقية الأذن الذى ينقل السيلات العصبية الناشئة من جهاز الهليز في باطن الأذن والذى يختص بعملية الاتزان الحركى .

للنطقة رقم (٤٢) ،

تقع في الجزء الخلفى للتلفيف الصدغى الثانى وهذه الناطق تخلق شق سلفيوس الدماغى وتستقر في التلافيف قرب منطقة الاستقبال السمعى والسماة بتلافيف هيشل Heschl.

والنطقة رقم (٤٢) تختص بوظيفة الفهم والتفسير والتي تسمى بالنطقة السمعية النفسية، وتشير الدراسات إلى أن إتلاف خلايا هذه المنطقة يؤدي إلى العمه السمعى حيث يفقد الصواب قدرته على تفسير الأصوات السموعة وإدراك دلالتها بينما يكون قادراً على القراءة والكتابة وفهم ما يكتب إليه كما تشير الدراسات إلى أن الناطق القشرية رقم (٤١، ٤٢) لا تتدخل في تمييز التواترات الصوتية المختلفة (العبارات الصوتية) بل أن هذه الوظيفة تتم عن طريق اتصال هذه الناطق بما فيها المنطقة الحركية رقم (٤٤) بهريط من الألياف العصبية إلى النوى العصبية تحت قشرية التي توجد في الجزء القاعى للمخ.

النطقة رقم (٢٩)

تقع أسفل الفص الجدارى أمام مناطق الاستقبال البصرى وهذه النطقة تسهل وظيفة القراءة البصرية وتشكل مركز الكلام للرئى بينما الناطق رقم (٤١، ٤٢) تشكل مركز الكلام للمسموع.

٤- المنطقة رقم (٢٧)

تقع في المنطقة الصدغية السفلى وهى تكون جزء من منطقة الكلام المركزية حيث تتدخل في عملية صياغة الكلام.

٥- المنطقة رقم (٤٤)

وتسمى بمنطقة (بولس بروكا)، وتقع في النهاية الخلفية من المنطقة الجبهية (الأمامية) السفلى، حيث تختص بنواحي الكلام الحركية فهي المنقذة.

كيف تتم عملية السمع؟

بعد وصول التحذيرات الصوتية إلى العصب الدماغى السمعى — كما سبق

القول - تنتقل هذه التحذيرات عبر النوى القاعدية السنجابية إلى ساق الدماغ Brain Stem متجهة نحو الفص الدماغى الأيسر والأيمن حيث توجد مناطق الإسقاط السمعية وهي ٤١، ٤٢، ٣٩، ٣٧، ٤٤. ومما هو جدير بالذكر أن تمييز الأصوات (التوترات الصوتية المختلفة) ليس مسئولية منطقة بمفردها بل يحدث عن طريق اتصال هذه المناطق بما فيها المنطقة الحركية رقم (٤٤) بخرطوط من الألياف العصبية إلى النوى العصبية التى توجد في الجزء القاعدى من المخ وهى نوى كبيرة ومتمايزة.

كما تنشأ من منطقة بروكا رقم (٤٤) ألياف عصبية تتصل بأسفل القشر الرولاندى الذى يعصب بدوره مراكز الكلام، كما تتصل للمناطق الكلامية مع الهاد (اللاموس) وتحت الهاد (الهيبوثلاموس). حيث أن اللاموس للكون من مجموعة من النوى العصبية الواردة وكذلك الإشارات العصبية الهابطة تعتبر بمثابة مركز لتوصيل الإشارات الحسية الصاعدة والإشارات العصبية الحركية الهابطة .

ومن خلال الهاد يتم أيضاً استقبال الإشارات السمعية إلى المنطقة رقم (٤١) ويتم اتصال المناطق الكلامية ورسائلها بالمناطق المقابلة في نصف الكرة الخفية الغير مسيطر.

- ولقد أشار العالم الألماني فيرنيك (Wernicke, 1874) إلى أن وظيفتي الكلام المستقبلية والتفنية تقعان في نصف الكرة الخفية للسيطر في التلغيف الصدغى العلوى والجبهى السفلى وأن ٧٠٪ من حالات إصابة النصف الأيسر من القشرة يؤدي إلى حالات الأفيزيا الحسية Sensory Aphasia وللصاب بهذا الاضطراب يفقد القدرة على تفهم الكلام السموع وإعطائه دلالاته اللغوية بمعنى أنه يسمع الحرف كصوت إلا أنه يتعذر عليه ترجمة مفهوم الصوت الحادث مما يؤدي إلى تبجيل وحذف بعض الحروف أو استخدام كلمة في غير موضعها عند الكلام بحيث يصبح الكلام غامضاً ومتداخلاً وهذه الحالة لا تنشأ عن اضطراب القدرة

السمعية ولكن تنشأ عن اضطراب في الفترة الإدراكية السمعية للصوت وهي وظيفة للمنطقة السمعية رقم (٤٤).

فسماع الأصوات يتطلب الإدراك والفهم وهنا لا يتأتى للفرد إلا عن طريق التوافق العقلي الإدراكي الذي يتم بين مجموعة من المراكز الحسية في الدماغ، فهناك منطقة حسية أولى في القشرة الدماغية في النصف الأيسر موضحة في الشكل رقم (٨) ، يرمز لها بالرمز (S1) وهذه للمنطقة تشارك في تطور الفترة على الكلام ومنطقة حسية ثانية (S2) تتلقى الإشارات من نصفي كرتي المخ.



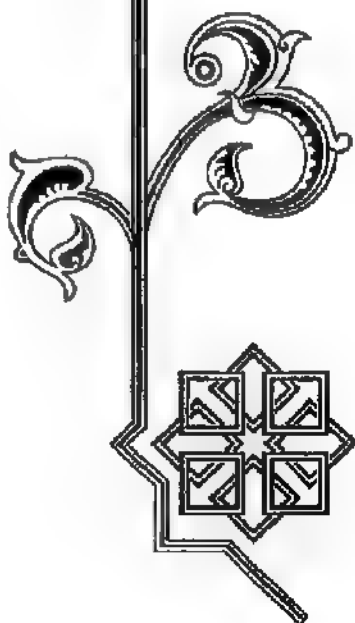
شكل (٨)

والإحساسات الصوتية تنتقل عبر الهيبوثلاموس والنوى القاعدية ل (S1) ومنها تنتقل عن طريق الارتباطات الحسية (S2) حيث توجد المنطقة رقم (٤١) ومنها إلى المنطقة (٤٢) ثم إلى المنطقة رقم (٥) التي تقوم بتحليل الاحساسات الأولية لتشكيل ما يسمى بالإدراك السمعي والاستجابة الصوتية الحركية وهي موهبة للمنطقة رقم (٤٤). ومن ثم ندرك أن وظيفة السمع هي مسئولية مناطق عديدة مترابطة ومتكاملة.

(فيصل الرزاق، ١٩٩٠، ٩٩-١٠٤)

اضطرابات النطق والكلام

- . التأخر الكلامي
- . اضطراب النطق
- . اضطراب الصوت
- . مشكلة الخنف (الخنة)



اضطرابات النطق والكلام

إن عملية النطق كما سبق الذكر تعتمد على تآزر المناطق العصبية ومركز الكلام في المخ الذي يسيطر بالتالي على الأعصاب التي تحرك العضلات اللازمة لإخراج الصوت وبذلك نجد أن تعلم اللغة عملية طويلة ومعقدة يشترك فيها العديد من الأعضاء والأجهزة وإذا حدث خلل ما في منطقة أو عامل من تلك التي ذكرت فإنه يؤدي إلى صورة أو أخرى من اضطرابات الكلام .

ففي الجهاز القمعي مثلاً توجد أجزاء كثيرة يجب أن تؤدي وظائفها بشكل سليم حتى يبدو النطق صحيحاً وسليماً ، لكن إذا حدث خلل ما مثل عيوب في ترتيب الأسنان و انتظامها أو يكون هناك عيبا في سقف الحلق الصلب أو الرخو ، هذا بالإضافة إلى أنه كثيراً ما توجد عيوب في النطق دون وجود أي قصور تكويني واضح مثل الاضطرابات ذات الأصل الوظيفي والتي ترجع إلى عوامل مختلفة منها الثبوت على الأشكال الطفلية في الكلام والشكالات التفاعلية وغير ذلك من العوامل .

وسوف نتطرق إلى الحديث عن بعض اضطرابات الكلام .

أولاً : التأخر الكلامي

كما سبق أن أوضحنا النشاط اللغوي من أهم الوسائل في الربط بين الأفراد وبعضهم البعض وبالتالي فإن الارتقاء اللغوي لدى الطفل في السنوات الأولى من العمر له أهمية بالغة فهو يستطيع أن يقدم نفسه للآخرين من خلال أنماط سلوكية معينة يستعين على تحديدها باللغة ، ومع النمو يتعلم الطفل اللغة التي يتحدثها الآخرون من حوله ولكنه يتعلم أشياء أخرى كثيرة قبل أن يذهب إلى المدرسة وذلك من خلال مشاركته الناس الأنشطة .

ولذلك نجد أن الطفل يتعلم مع اللغة أسلوب الحياة ونظامها والقيم والعارف العامة من الحياة كما يستطيع أن يدرك الكثير عن الآخرين واتجاهاتهم نحوه من

خلال كلامهم عنه أو إليه ومما لا شك فيه أن نوع علاقات الطفل بالآخرين لا تحدده اللغة فحسب بل تشارك عوامل أخرى كالطمأنينة والشعور بالقبول والحب ، واللغة تساهم بنصيب كبير في إبراز هذه العلاقات وإكسابها درجة عالية من الموضوعية .

والطفل العنفي في مرحلة ما قبل المدرسة يستطيع اكتساب ما يقرب من خمسين مفهوما جديدا عن اللغة كل شهر وبذلك يضيف هذه الثروة الكلامية إلى رصيده اللغوي الذي يتزايد بسرعة كبيرة خلال هذه المرحلة مما يساعده على التواصل مع الآخرين والتجاوب مع متطلبات الحياة الاجتماعية .

(سعيد بهادر ، ١٩٨٧ ، ١٦)

مراحل تطور النمو اللغوي لدى الطفل

الطفل يولد وهو مزود بالقشرة على التعبير ولكنه لا يستطيع القيام بهذه الوظيفة إلا عندما تصل أجهزته الداخلية الخاصة بعملية الكلام وتصل إلى درجة معينة من النضج فبدأ في تعلم الكلام وهنا يعنى أن قدرة الطفل على تعلم اللغة تظل مشروطة بنضج الجهاز الصوتي وقدراته العقلية .

هناك مراحل أساسية للنمو اللغوي للطفل وهذه المراحل يمر بها ليصل إلى مرحلة تكوين الجمل والحوار مع الآخرين .

ولكن عندما نتحدث عن مراحل التطور في النمو اللغوي لدى الطفل يجب أن نضع في الاعتبار أن هناك اختلافات فردية ما بين الأطفال وبعضهم البعض فهناك مراحل يكون نمو اللغة لدى الطفل سريعا وأخرى يكون فيها نمو اللغة بطيئا .

يقسم العلماء مراحل نمو اللغة عند الطفل إلى مرحلتين أساسيتين .

أولاً : المرحلة قبل النفوية :

١- مرحلة الصراخ Crying Stage

تبدأ بصرخة لليلاد التي تأتي مباشرة بعد الميلاد والتي تحدث بسبب انخلاع للهواء إلى رئتي الطفل مما يتسبب في اهتزاز الأوتار الصوتية بالحنجرة فتصدر الصرخة .

وهذه المرحلة تسمى بالصراخ الانعكاسي وذلك لأن الأصوات الصادرة عن الطفل تعبر عن الإحساس بعدم الارتياح (الجوع ، الألم ، الإخراج) كما يكون مصاحباً بأصوات انتباهية وهى عبارة عن صيحات وتنهدات مصاحبة للحركة إلى جانب الأصوات التي تصدر عند البلع والكحة والعطس .

ويعتبر العلماء مرحلة الصراخ مرحلة هامة في تطور ونمو اللغة لدى الطفل لأنها بمثابة رد فعل انعكاسي لعالم الطفل الجديد كما أنها تساعد على إشباع احتياجات ورغباته .
(Stark, 1979 : 5)

ب- مرحلة اللغاغة BabbLing Stag

تتمو حصيلة الطفل النفوية من أصوات الصراخ والتنهدات إلى اللغاغة وأصوات الراحة للتعبير عن حالات الارتياح وهذه الأصوات ليست أصوات اجتماعية في البداية لأنها غالباً ما تصدر عندما يكون الطفل وحيداً .

ففي هذه المرحلة يبدأ الطفل بأحداث ترديفات من تلقاء نفسه تأخذ شكل لعب صوتي حيث يجد فيها الطفل لذة ومتعة لأنه يكتشف فعالية هذه الأصوات التي يصدرها وذلك من خلال رد فعل الآخرين خاصة الأم عند سماع تلك التردفات ، وجميع الأطفال يمرون بمرحلة اللغاغة بما فيهم الأطفال للعوقين سمعياً والعوقين عقلياً وقد تستمر هذه المرحلة من أشهر إلى سنة .



وتمثل مرحلة المناغاة نواة تطور اللغة لدى الطفل فهي مجموعة أصوات يبعثها الطفل وهو في حالة ارتياح فهي بالنسبة له غاية في حد ذاتها لا يعبر عن شيء وإنما يكررها الطفل وككائه ياهو .

ويؤكد النورسین في هذا المجال أن هذه الأصوات ما هي إلا تدريب للجهاز الصوتي على النطق إلى أن يتمكن هذا الجهاز من أداء وظيفته بصورة سليمة والطفل يجد في هذه الأصوات لذة وممتعة لأنها ترتبط بما يناله الطفل من عناية ورعاية نفسية من المحيطين خاصة الأم .

ويقسم علماء اللغة مرحلة المناغاة إلى أربع مراحل كما يلي :

أولاً : اللعب الكلامي (من ٢٠ - ٢٥ أسبوع)

يبدأ الطفل بأحداث ترديدات صوتية ذات استمرارية أطول من الأصوات العابرة عن السعادة بالإضافة إلى وجود طبقة صوتية عالية وظهور بعض الأصوات الساكنة الأنفية مثل (م . ن) ووجود مقاطعات زائدة مثل طففطة الشفاه إلى جانب الأصوات المتحركة حيث يتنوع وضع اللسان وارتفاعه .

ثانياً : المناغاة المتكررة (من ٢٥ : ٥٠ أسبوع)

في هذه المرحلة يبدأ الطفل بأحداث ترديدات مكونة من مجموعة مقاطع (ساكن ، متحركات) ولكن يلاحظ أن المقاطع الساكنة مثل " نانا ، واوا " تكون في نهاية هذه المرحلة ويستخدمها الطفل للتوصل مع الأشخاص المحيطين .

ثالثاً : المناغاة غير المتكررة (من ٥٠ : ٦٢ أسبوع)

يلعب على هذه المرحلة مقاطع مركبة من ساكن ومتحرك مثل " ماما " و " مام - بابا " ثم يلي ذلك مجموعة من نماذج الإطار الموسيقي بصورة تجعل المناغاة كلفة أجديبة ويلاحظ أن الطفل يستمر عدة أشهر في هذا النشاط اللغوي .

رابعاً : الانتقال من المناغاة إلى الكلام (من ١٢ شهر : ١٥ شهر)

حيث يبدأ الطفل في استخدام الأنظمة اللفظية للأشخاص المحيطين ولكن هناك مرحلة انتقالية تستمر من ١٢ - ١٥ شهر حيث لا يمكن أن يندرج ما يقوله الطفل تحت لفظ مناغاة ولا يمكن اعتباره كلاماً ولكنها تمهيد لمرحلة التقليد .
(Menyuk, 1979 : 51)

٢ - مرحلة التقليد :

وهي من المراحل المهمة التي يتم فيها تحول المناغاة العشوائية إلى كلمات لها معنى ويكون التقليد في البداية غير دقيق ولكن مع مواصلة التقليد يبدأ الطفل في إخراج بعض الأصوات تشبه الكلمات .

ويرى علماء اللغة أن الطفل يقلد صيحات وأصوات الآخرين وذلك بهدف أن يتصل بهم أو يصبح مثلهم أو بهدف إشباع حاجة ما ، كما اعتبر العلماء هذه العملية بمثابة واحدة من طرق تعليم الطفل وذلك لأن تقليد الطفل لألفاظ المحيطين يتواءم على التدعيمات الإيجابية التي يتلقاها منهم .

ولقد ربط جان بياجيه بين التقليد وذكاء الطفل فهو يرى أن للذكاء أثر كبير في ظهور عملية التقليد بصورة صحيحة

ويبدأ التقليد لدى الطفل في نهاية السنة الأولى من عمره وبخبرات السنة الثانية حيث تتحول عملية التقليد من عملية تقليدية لا إرادية إلى أن تصبح إرادية وهذا يعني أن الطفل بدأ يستخدم قدراته العقلية خاصة عنصر الفهم .

ثانياً - المرحلة اللغوية

بعد المرور بالمرحلة السابقة يبلغ الطفل للرحلة الأخيرة للنمو اللغوي التي يتمكن من خلالها من فهم الكلام واستخدامه الاستخدام السليم ويجمع العلماء على أن هذه المرحلة تبدأ عندما يبلغ الطفل العادي (١٥) شهراً و (٢٨) شهراً عند الأطفال المتخلفين عقلياً .

كما يذكر جان بياجية أن في نهاية المرحلة الحس حركية والتي تنتهي قبل سنتين تظهر الوظيفة الرمزية للغة وتتميز لغة الطفل بالتالي :-

- ١- اللغة المتمركزة حول الذات والتي تتصف بكثرة الحديث عن النفس .
- ٢- اللغة الاجتماعية والتي تركز على التواصل الكلامي بين الطفل والآخرين مع محاولة إثبات الذات .

ولقد تم تقسيم هذه المرحلة إلى مراحل فرعية أخرى وهي :

- فهم حديث الآخرين دون القدرة على استخدام الكلمات بصورة جيدة .
- نطق الكلمة الأولى .
- تطور المهارات اللغوية . (Cash , 1989 : 8, 9)

تبدأ مرحلة نمو الحصيلة اللغوية بين سنتين والأربع سنوات حيث يمر الطفل بتطورات كبيرة في قدرته اللغوية فيبدأ بامتلاك حصيلة لغوية بسيطة جداً إلى النطق المكون من كلمات أكثر تعقيداً وتكون غالبية الكلمات حسية لتدرج إلى الأسماء المجردة وفي أواخر السنة الثانية يستخدم الطفل الضمائر مثل (أنا وانت) .

كما تتميز هذه المرحلة بالنشاط الإيجابي ويكون نمو الجملة ذات الكلمتين بطلائعاً فيها بتركيب جملة بسيطة مكونة من كلمتين ثم يتقدم بسرعة ومن أمثلتها اشرب لبن ، لبن كثير ، حاوي كثير ، لعب كثير .

ومع ذلك تظل لغة الطفل أبسط من لغة الراشدين ورغم أنها تتضمن الأسماء والأفعال والصفات فالتهم أن الطفل يصبح له نظام لغوي من صنعه هو وليس نسخه مباشرة من نظام الراشدين حيث يستخدم وسائل لغوية بطريقته الخاصة وبتكر منطوقات جديدة ذات علاقة ما بالكلام الذي يسمعه من حوله . (Slobin , 1971 : 42)

وبالنسبة للطفل المتأخر لغوياً نتيجة للضعف السمعي أو الإعاقة العقلية أو الحرمان البيئي فليس بمقدوره أن يكتسب تلك المفاهيم اللغوية وبالتالي فهو يعيش في عزلة وسط أناس لا يستطيع التواصل معهم نتيجة لثقافته لكيات التواصل مع الآخرين من كلمات وجمل بسيطة وتراكيب لغوية تساعده على فهم ما يدور بين الأفراد المحيطين من احاديث وتمكنه أيضاً من التعبير عن ذاته الجسمية والاجتماعية والانفعالية .

ويرتبط التأخر اللغوي ارتباطاً كبيراً بالإعاقات خاصة الإعاقة السمعية والعقلية فنجد أن لغة الطفل ضعيف السمع تميل إلى أن تكون قصيرة وموجزة وبسيطة .

كما يرتبط أيضاً ببيئة الطفل التي تعتبر أحد العوامل المؤثرة في اكتساب الطفل للكلام فالأخطاء التي يقع فيها الوالدين كثيرة ومتكررة فعندما يوجه إلى الطفل كلاماً مجرداً دون تحديد الأشياء اللموسة فإن ذلك يؤدي بالطفل إلى عدم الفهم أو يتكلم الوالدين مع الطفل بصورة خاطئة وسريعة وبالفاظ غامضة أو يستخدمون جملاً مركبة أو مفردات عامة غير مناسبة كل هذا من الممكن أن يؤدي بالطفل إلى عدم الفهم والتأخر اللغوي . (سرحو ، ١٩٩١ : ١٠٠)

وأحياناً يكون التأخر اللغوي الناتج عن الإعاقة السمعية لدى الأطفال ذوي الحرمان البيئي حيث تكون الأسرة ليس لديها الخبرة بالتعامل مع هؤلاء الأطفال ولا بطريقة تدريبهم على النطق بالكلمات ثم الجمل البسيطة والمركبة بالإضافة إلى أن هؤلاء الأطفال لا يستطيعون التواصل والتفاعل الاجتماعي مع الآخرين والمحيطين لعدم وجود حصيلة لغوية مما يؤدي إلى مشكلات اجتماعية وفكرية ووجدانية للطفل .

وسوف نستعرض العوامل المؤثرة في النمو اللغوي لدى طفل ما قبل المدرسة :

أولاً : القدرات العقلية

أثبتت كثير من الدراسات أن الذكاء له أثر واضح وبأل على النمو اللغوي واتساع الحصيلة اللغوية وقطرة الطفل على استخدام الكلمات بمهارة وكذلك القدرة على فهم أحاديث الآخرين .

وأشارت نتائج كثير من الدراسات إلى أن نمو اللغة لدى الطفل يتأثر زيادة أو نقصاناً بمستوى القدرة العقلية وأن هناك علاقة بين مستوى الذكاء والنشاط اللغوي من حيث التعبير والنطق بالكلمات والعمل والحصيلة اللغوية .

وتؤكد لبلي كرم الدين (١٩٩٢) أن اللغة تعتبر مظهر من مظاهر نمو القدرة العقلية بصفة عامة وأن الطفل الذكي يتكلم بشكل مبكر عن الطفل الأقل ذكاء هذا بالإضافة إلى أن هناك علاقة وطيدة بين الإعاقة العقلية وبين التأخر اللغوي .

ومما لا شك فيه أن الحصيلة اللغوية الثرية تزيد من قدرة الطفل على الكلام وعلى التكيف النفسي والاجتماعي السليم وكيفية مواجهة للشكليات الحياتية مما ينعكس على تنمية القدرات العقلية لدى الطفل والعكس صحيح تماماً بالنسبة للطفل الذي لديه محصول لغوي ضعيف .

وفي هذا الصدد يؤكد جان بياجيه أن اللغة تنتج مباشرة من خلال نمو الطفل المعرفي وأن قدرته على التصور العقلي تبدأ في نهاية مرحلة النمو الحسي حركي لذلك تنبثق اللغة في هذه الفترة الزمنية (السنة الثانية من عمر الطفل)

وفي هذه المرحلة يدرك الطفل أن الأشياء الخارجية لها صفة الدوام والاستمرار كما تتكون لديه القدرة على استدخال العالم في نفسه ويبدأ للطفل في استخدام الرموز في تصور الأشياء غير الوجودية ولذا يؤكد بياجيه على أن اللغة تنمو مع نمو التفكير المنطقي فهناك علاقة وثيقة بين الفكر واللغة ، ولقد استطاع بياجيه أن يربط على التساؤلات التالية من خلال دراسة حول اللغة والفكر وهي :

- ما هي الطحجات التي يطاول الطفل تحقيقها عندما يتكلم ؟

- هل وظيفة اللغة لدى الطفل نفس وظيفتها لدى الراشد ؟

وأشارت نتائج الدراسات على حوالي (١٥٠٠) عبارة وردت في حديث الأطفال إلى أن نسبة الكلام المركزي الختفي في لغة الطفل حتى سن السادسة ٥٥ ٪ ، ففي مرحلة ما قبل الفاهيم (٢ - ٤ سنة) يكرر الطفل الكلمات ويربط بين هذه الكلمات والأشياء والأفعال المحسوسة وكذلك للكاسب التي يحصل عليها الطفل ، كما يستخدم الطفل لغته لتوصيل خبراته للآخرين وفي هذه المرحلة يكون كلام الطفل متمركزاً حول الذات ومن ثم فهو لا يشعر بالحاجة للتأثير على السميع .

أما في المرحلة المتقدمة وهي مرحلة التفكير الحدسي (٤ : ٧ سنوات) فإن اللغة تستخدم لتحقيق وظائف معينة وهي :

١- استخدامها كأداة للتفكير الحدسي فهي تستخدم لتمكس على الحدث وتبرزه في المستقبل والحديث مع النفس ظاهرة مألوفة في هذه المرحلة العمرية وتوصف بأنها التفكير بصوت عال .

٢- استخدام الكلام كوسيلة اتصال تتسم بالأنانية والتمركز حول الذات أي يتكلم الطفل بصرف النظر عن وجهة نظر الآخرين من حوله .

٣- استخدام اللغة كوسيلة للتواصل الاجتماعي أي للتكيف مع البيئة أي أن الكلام في نهاية هذه المرحلة يوجه إلى السميع ويأخذ وجهة نظره في الاعتبار ويحاول التأثير عليه أو يتبادل الأفكار معه . (ليلي مكرم الدين ، ١٩٩٢ ، ١٨٥)

ومع ذلك قد يرتبط التأخر اللغوي أيضاً ببيئة الطفل التي تعتبر أحد العوامل المؤثرة في اكتساب اللغة فالخطأ التي يقع الآباء داخل الأسرة فيما يتعلق بالتربية اللغوية كثيرة ومتكررة حتى عندما يكونون مؤهلين لغورهم ومزودين بتقافة لا بأس بها .

فمثلاً قد يوجهون الطفل إلى كلاماً مجرداً دون تحديد الأشياء والأحداث الملموسة الأمر الذي يؤدي بالطفل إلى عدم الفهم أو يتكلمون مع الطفل بصورة خاطئة وسريعة وبلفاظ غامضة مستخدمين في ذلك جملاً مركبة أو مفردات عامة .
(سيرجو ، ١٩٩١ ، ١٠٠)

من خلال الدراسات التي أجريت في هذا المجال وكما سبق القول وجد أن النمو العقلي الجيد يصحبه محصول لغوي أفضل والعكس صحيح وقد نجد بعض العوقلين بصرياً أسرع في النمو اللغوي بالمقارنة بالأطفال العاديين خاصة إذا وجد من يرمي ويهتم بهؤلاء العوقلين ويوجههم ولأن الصلة الوحيدة التي تربط هؤلاء الأطفال بالعالم الخارجي هي اللغة التي يتجربون أمرها بعمليات التفكير ، كما وجد العلماء أن هناك قدرة عقلية لغوية وأن هذه القدرة تمثل أساليب النشاط اللغوي (الشفوي والكتابي) والطفل قادر على ممارسة الأنشطة اللغوية من حيث استعمال الكلمة بطريقة صحيحة وفهمها وسماعها وعلفها مع ملاحظة أن الكلمة القرؤة عن طريق الإدراك البصري يتأخر ظهورها لدى الطفل وذلك لأنه يتكلم الكلام في البداية عن طريق السمع .

كما تمثل هذه القدرة التراكيب اللغوية وعامل الإدراك (الفهم) وعامل الطلاقة اللغوية والسهولة في الاستخام اللغوي .

ثانياً : العوامل البيولوجية

توصل بعض العلماء والدارسين في هذا المجال إلى وجود علاقة ارتباطية بين أنماط السلوك الحركي والنمو اللغوي للطفل وأن التأخر في النمو الحركي قد يؤثر على النمو اللغوي مثلما يحدث في إصابات النصفين الكرويين للمخ وكذلك الأسباب العصبية للحبسة الكلامية Aphasia ، وسوف نوضح هذه العلاقة في الشكل رقم (٩) .

الشكل (٦)

السن	النمو الحركي	النمو اللغوي
١٢ أسبوع	يرفع رأسه عند النوم على البطن	الابتسام للحديث ويحدث بعض الأصوات
١٦ أسبوع	يجلس مستنداً ويمسك اللعبة	الكتفات عندما يكلمه أحد ويصدر أصوات مشابهة لحروف الهجاء
٦٦ شهر	يمد يده لياخذ اللعبة	منافاة زغبه القاطع للغة
٨ شهور	يقف مستنداً على الأشياء	ترديد بعض القاطع للغة
١٠ شهور	يمشي مستنداً على الأشياء	تمييز كلمات الكبار
١٢ شهر	يمشي بمساعدة	فهم بعض الكلمات وتطيق كلمة بابا و ماما
١٨ شهر	يمسك ويصعد السلم زحفا	تطيق من ٢-٥ كلمات منفردة
٢٤ شهر	يجري ويصعد السلم دون زحف	تطيق الكلمات مما
٣٠ شهر	يمشي على أطراف الأصابع	تطيق العبارة للكونة من ٢-٥ كلمات
٢ سنوات	يركب دراجة صغيرة	تطيق حوالي ١٠٠٠ كلمة
٤ سنوات	يلتح الحبل	لغة واضحة

ثالثاً : العوامل البيئية

الحياة الاجتماعية التي يحياها الطفل ونوع الخبرات البيئية والأفراد الذين يتعامل معهم كل هذا يؤثر تأثيراً ملحوظاً في النمو اللغوي للطفل فالأسرة تحتفظ بالصداقة في مجال تربية الطفل اللغوية ففي المنزل يعيش الطفل في كنف الأسرة ويكون تعبيره عن نفسه تعبيراً أساسياً إذ إن نشاطه الكلامي ينمو سريعاً أكثر من أي مكان آخر .

والأسرة كما نعلم هي أولى المؤسسات الاجتماعية القائمة على عملية التدشنة الاجتماعية ولذلك يوليها علماء النفس أهمية خاصة وهي الوعاء التربوي الذي تتشكل فيه شخصية الطفل نتيجة لاتصاله بأفراد الأسرة خاصة إذا تم إشباع حاجاته النفسية للحب والتقبل ومنح الحرية والاستقلال مع الابتعاد عن أساليب الرفض والقسوة والتسلط وهذا من شأنه أن يساعد الطفل على اكتساب أنماط سلوكية مرغوبة تجعله قادراً على التوافق مع نفسه ومع الآخرين . (هيو لا الهيلأوى ، ١٩٨٧)

الطفل يستجيب منذ وقت مبكر لصوت والديه خاصة الأم ، فالأم هي مصدر إشباع حاجات الطفل البيولوجية والنفسية ولذلك يصبح صوتها جزءاً أساسياً من خمراته فهو يشعر بالراحة بمجرد سماع صوت الأم ويبتسم بمرحكات حسيمة تعبر عما يشعر به من سعادة ، ولا يقتصر الأمر على الحديث من جانب الطفل بل لابد من التفاعل الاجتماعي بينه وبين والديه حيث إن الطفل يقضى ٦ سنوات من عمره في علاقة حميمة مع أفراد الأسرة خاصة والديه هذا يسهم إلى حد كبير في تشكيل شخصية الطفل وبالتالي لا يستطيع الطفل اكتساب حصيلة لغوية استقبالية وتعبيرية إلا إذا سمعها .

والأم حين تتكلم مع الطفل أو تغنى له ويتكرر سماع الطفل لهذه الكلمات تصبح هذه الكلمات جزءاً من محصوله اللغوي ثم يبدأ الطفل في ترديد هذه الكلمات ليستثير الجهاز السمعي لديه والأعصاب المختصة بمجال الكلام .

والطفل عند ميلاده لا يعي نفسه كمخلوق منفصل عما حوله من مكونات البيئة ويكون كل ما يدركه هو الشعور بالتعب أو الراحة ، ويغضب الوليد عندما يشعر بالتعب ويخلل هكنا حتى تزول الحالة ومع نموه الفكري واللغوي يكتسب الطفل القدرة على معرفة نفسه وتمييزها وسط مكونات البيئة وبالتالي التعبير عنها بالكلمات .

وفي دراسة (SIMAN (1982) بهدف الكشف عن العلاقة بين عدم قدرة الطفل المتأخر لغوياً على التفاعل مع الآخرين . فقد حاول الباحث في برنامجه العلاجي لتأخر الكلامي الجمع بين الأم والطفل مع تقديم إرشادات للأم لتكيفية التعامل مع الطفل في المنزل مما أدى إلى تحسن كبير في التعبير اللفظي والقدرة على التواصل مع الآخرين ونمو مفهوم اجتماعي عن الذات .

ولقد أشارت كثير من الدراسات في هذا المجال إلى الطريقة التي يفاظب بها الوالدين الطفل وأثرها على النمو اللغوي حيث وجد أن الطفل في مراحله الأولى من العمر يميل إلى تقليد كلام الآخرين من حوله سواء كان جيداً أم رديئاً لذلك يجب أن تقدم له النماذج اللفظية السليمة وأن لا يقلد الوالدين أو المحيطين بالطفل الكلام المعيب الذي يصدر عنه ولا يستخدموه في حديثهم مع الأطفال فالنمو اللفظي السليم يتقدم حين تتاح للطفل فرص التفاعل مع الأشخاص الآخرين (الوالدين ، الأخوة ، الرفاق) مع الإجابة على أسئلة الطفل بأسلوب سليم لكي يكون باستطاعته تفهم اللفة والتعرف على كيفية التعبير السليم عن مشاعره وأفكاره دونها خوف أو كف من الآخرين .

وفي هنا الصندد أشارت بعض الدراسات إلى أهمية التفاعل الوالدي مع الأبناء وأثرها على النمو اللغوي لديهم وأن الأطفال ذوي النطق السليم يميلون للحديث مع الأم التي كانت قادرة على التفاعل اللفظي مع الأبناء . (STEIN, 1976) .

و يؤكد (Jones (1985) أن النماذج اللغوية التي يتعرض لها الطفل في الأسرة دوراً أساسياً في اكتساب الطفل للصيغة اللغوية ويتضح ذلك من خلال استخدام التقليد والتكرار لكل كلمة سليمة لفظياً تصدر عن الطفل والتدعيم والإجابة

الذي يقدمه الوالدين مما يساعد الطفل على التعرف على الأشياء المحيطة به واكتساب لهجة المحيطين به .

وبذلك نجد ان اللغة عبارة عن نمط لغوية تحتاج إلى مران وتدريب سليم فالطفل يولد لديه إمكانيات صوتية واسعة ولكن هذه الإمكانيات تحتاج إلى الاستماع إلى الأصوات وأحليلها على الوجه الصحيح المتعارف عليه في بيئة الطفل والنطق بالكلمات نطقا سليما مع إسناد الصوت (معنى الكلمة) إلى الرمز الطبوع .

رابعاً : العوامل الاجتماعية والثقافية للأسرة

اختلاف العناصر البيئية يؤدي إلى تنوع القدرات اللغوية للربطة بها لذلك تختلف اللغات بعضها عن البعض تبعاً لنوع البيئة ، هذا بالإضافة إلى أن الطبقات الاجتماعية تؤدي إلى التباين في القدرات اللغوية ، والطفل الذي ينتمي إلى طبقة اجتماعية تعاني من نقص في الثروات المادية هذا الطفل غالباً ما يعاني من نقص في الخبرات اللغوية مما يؤدي إلى العجز وعدم الاستفادة من أي مثيرات جديدة .

ولقد أظهرت نتائج الدراسات أن الانتماء إلى طبقات اجتماعية واقتصادية مختلفة يؤدي إلى التباين في القدرات اللغوية لدى الأطفال فلقد لوحظ أن أبناء الطبقات المتدنية ثقافياً يستخدمون ما يسمى بالشفرة للتحدة **Resented Code** وهي تعني أن أنماط التواصل اللغوي له اتجاه واحد لا يشجع على تبادل الحديث مكان يسأل الطفل اسئلة محددة أجابها بتلخيص في " نعم " " لا " أو يعطى أوامر لفعل شيء معين دون توضيح أسباب هذه الأوامر أما بالنسبة للطبقات الوسطى فتجد أن الأم تتحدث إلى أطفالها وتعطي لهم الفرصة لاستكمال الحديث والاستفسار عن الأشياء وهذا النمط يطلق عليه الشفرة للتحرة **Elaborated Code** .

أما بالنسبة لتدني المستوى الثقافي للأسرة وما يترتب عليه من آثار فتتبلور

في النقاط التالية ،

- غياب النماذج اللغوية السليمة وتدخل اللهجات العامة .
- نقص الثمرات الصوتية في مرحلة الطقولة المبكرة .
- التناقص في صيغ الدخالات اللغوية بين المنزل والبيئة الخارجية .
- نقص التفاعل اللغوي مع الوالدين في سنوات عمر الطفل الأولى .
- عدم مشاركة المحيطين بالطفل بالارتقاء بالمستوى اللغوي لديه .

وبذلك نجد أن ارتفاع المستوى الثقافي للأسرة وارتفاع نسبة الذكاء العام للطفل بالإضافة إلى تشجيع الكبار للطفل يؤدي على النمو اللغوي حيث أن الطفل يميل إلى التعبير بالجملة البسيطة ثم تنمو اللغة وتتدرج من البساطة إلى التعقيد ومن لديهم إلى الكلام المحدد وال确يق

وهناك بعض العوامل التي تعرقل النمو اللغوي بصورة جيدة منها :

- ١- الضغط والأجبار في تعلم اللغة مما يؤدي إلى عيوب الكلام وظهور اللجاجة والحركات التخفيفية في الكلام .
- ٢- الحرمان من التشجيع وعدم توفير المحفز
- ٣- ضالة اكتساب الخبرات الجديدة .
- ٤- التبدل الزائد يجعل الطفل متشعباً بطفولته وبالتالي يحاول التأخر في الكلام أو يظهر بصورة غير سليمة .

ضعف السمع وأثره على النمو اللغوي لدى الطفل :

السمع يلعب دورا كبيرا في تعلم الطفل للكلام وفي زيادة نمو الحصيلة اللغوية وذلك من خلال ما يتعرض له الطفل من مثيرات سمعية تساهم في تشكيل الأداء اللغوي ، ولذلك فالضعف السمعي له تأثير واضح على توافي الاتصال خاصة إذا كانت الإصابة في سن مبكرة من حياة الطفل .

ويشير محمد قطبي (١٩٨٠) إلى أن الطفل الذي يعاني من ضعف سمعي شديد ومبكر لا يتكلم الكلام إلا إذا أعطى تدريبات خاصة في المراحل المبكرة من حياته ، كما أن لغة الطفل ضعيف السمع تميل إلى أن تكون قصيرة وموجزة وبسيطة وذلك لعزوفه عن الجوار الذي يكشف عيبه الكلامي وعدم القدرة على التواصل اللفظي مع الآخرين .

الكلام أو اللغة يتشكل في صورة أصوات وهذه الأصوات السمعية يتم التعرف عليها عن طريق الخصائص المميزة لكل صوت فقد يكون الصوت مجهولاً أو مهموساً أو دورياً أو انفجارياً إلى غير ذلك من المميزات الصوتية وهنا تبرز أهمية تقديم خدمات وبرامج لرعاية المعاقين سمعياً حتى يمكن الاستفادة من الفرص المتاحة أمامه للاندماج مع الآخرين في المجتمع والحياة العامة .

ولقد أشارت الدراسات إلى أن تقديم البرامج التخاطبية للأطفال ضعاف السمع يساعد على تمسك اللغة بنسبة ٩٢ ٪ بالنسبة للأطفال الذين لا يسمعون ولا يكون بإمكانهم اكتساب الكلمات للتخاطب بل تساعد هذه البرامج على اكتساب مهارات الغناء . (Karen, et al. 1981)

علاج التأخر الكلامي

وسوف نحاول إلقاء الضوء على بعض التدريبات العلاجية التي تساعد الأطفال الذين يعانون من التأخر اللغوي الناتج عن الحرمان البيئي والذين لا يعانون من أي إعاقة سمعية أو عقلية لكن البيئة غير منبهة بمعنى أن الوالدين غير مدركين لأهمية الاتصال الصوتي والكلامي مع الطفل منذ الصغر وبالتالي فهو يتبعون لأساليب معطلة للنمو اللغوي وهم غير قادرين على تطوير مهارات اللغوية لدى الطفل لانشغالهم عنه

أو تركه لبعض الأقارب أو الخدماء في مرحلة ما قبل المدرسة وذلك بعد الإطلاع على الأطر النظرية التي تناولت هذا الموضوع مثل .

(Karnes, et al., 1970 ; Tylerand Wilson, 1976) - مركز الاتصال الشامل (١٩٨٧)

وذلك بهدف إكساب الطفل التأخر لغوياً حصيلة لغوية استقبالية Vocabulary Receptive وتعبيرية Expressive وذلك من خلال تقديم مفاهيم لغوية يستجيب لها الطفل الاستجابة الصحيحة بالفهم والتعبير اللفظي السليم مثل تنمية الجملة البسيطة والطويلة وفهم الفرد والجمع واستخدام الضمائر الشخصية ، وتتكون الخطوة العلاجية من الخطوات التالية :

أولاً ، التهيئة النفسية للطفل

تبدأ للمساعدة النفسية بإيجاد حوافز لدى الطفل أو تعزيزات عن طريق وضعه في وسط لغوي مكثف وجذاب مثل الألعاب والأدوات التي تتيح فرصة مناسبة للكلام في جو من التفاعل المشبع .

ثانياً ، التدريب الفسيولوجي لأعضاء الكلام .

— اكساب الطفل الكيفية السليمة للتحكم في إيقاع الشهيق الإرادي (نضج الصدر) والزفير الإرادي (زفر الهواء مع أحلت الصوت) وذلك من خلال ملاحظة العلاج وهو يقوم بعملية الشهيق والزفير الإرادي ومن ثم تدريب الطفل على هذه العملية .

— تدريب للفكين والشفيتين عن طريق النفخ لتحريك ريشة أو ورق على الطاولة أو نفخ فقاعات الصابون .

— تدريبات اللسان ، التحكم في حركات اللسان بتحقيق بالاستعانة بأداة خاصة (ملعقة) تستخدم لتنفيذ الحركة المطلوبة مثل

- إخراج اللسان وسحبه للداخل .
- تحريك اللسان من جانب إلى آخر .
- رفع الجزء الخلفي منه .
- رفع الجزء الأمامي منه ووصفه في مواضع محددة .
- تدريب الطفل على لعق ظهر اللعقة .

- تدريب الطفل على لعق قطرات من العسل أو الربي .
- إذا كان لعب الطفل يسيل باستمرار أثناء الكلام فيجب تدريبه على اليلع قبل بداية الكلام .

ثالثاً ، التدريب الحركي لعضلات الطفل :

تقديم مجموعة من الأنشطة والألعاب الحركية (القفز ، الوثب ، التصفيق ، اللعب بالكتعبات) التي يمارس فيها الأطفال السلوك الاجتماعي السليم وهذه الأنشطة تهدف إلى ما يلي :-

- مساعدة الطفل على تركيز الانتباه .
- تنمية مهارة التقليد .
- تنمية للبركات العقلية للطفل والتي من خلالها يستطيع تنمية المهارات اللغوية (الفهم ، الربط ، التسمية ، الألوان) .
- تفريغ الطاقة الكامنة للأطفال .
- تنمية التواصل الاجتماعي من خلال الاندماج والتفاعل مع الأطفال الآخرين أثناء هذه النوعية من الأنشطة .
- تنمية بعض المفاهيم اللغوية والعرفية اللازمة لعملية التواصل اللغوي بين الأطفال .
- ممارسة السلوك الاجتماعي السليم مثل التعاون وطاعة الأوامر .
- تنمية عضلات الطفل الكرى والصغرى والتي لها صلة وثيقة في إعداد الطفل للكتابة .
- رابعاً : إكساب الطفل مضمون لغوي لتنمية قدرته على فهم واستخدام الأشياء المحيطة به بالاستجابة الصحيحة للتعليمات الصادرة له من الآخرين من خلال التعبير عنها لفظياً من خلال التعرف على الحيوانات ، للابيس ، الطيور ، الأدوات .

وبيقوم للعالج بتعريف الطفل بأسماء الأشياء المعنى بالتعليم وتشجيعه على النطق بالكلمة وذلك بعد تقليدها مجسمة أو مصورة فمثلاً يقول :

هذه البسه ثم يشير إلى ارتداء الطفل - هذه ولد صغير ثم يشير إلى حذاء أحد الأصدقاء .

ثم يقوم للعالج بمناقشة الطفل في الشيء الذي يرتديه ويعرض عليه صور للابس أخرى منها ما يخص الذكور أو الإناث وكذلك بالنسبة لصور الحيوانات والطيور ... الخ

خامساً ، تنمية قدرة الطفل على التمييز بين الألوان المختلفة والنطق بأسمائها

يقدم للعالج مجموعة من الأقلام الخشبية الملونة أو البطاقات الملونة للأطفال ويعرفهم ألوانها ثم يركز على أسماء الألوان و يعرض مجموعة من البطاقات الملونة على الأطفال ويطلب منهم التعرف على الألوان ثم يطلب للعالج من الأطفال النطق في الأشياء من حولهم للتعرف على اللون الأحمر مثلاً أو الأخضر ... الخ ، وتدريبهم على استخدام الألوان في تكوين بعض الصور .

سادساً ، تنمية قدرة الطفل على الإدراك والتمييز السمعي عن طريق القريب على تقليد أصوات الحيوانات والطيور وذلك من خلال سماعة تسجيل لأصوات تلك الحيوانات والتعرف عليها والتمييز بينها دون أن يراها ثم يعرض عليه صورة الحيوان ويسأله مثلاً القطة بتقول ليه " العصفورة بتقول ليه " .

سابعاً ، تنمية قدرة الطفل على فهم وتلدية الأوامر والتعبير عنها .

وهنا يقوم للعالج بإلقاء الأوامر القصيرة على الطفل ثم يتدرج من الأصغر إلى الأطول ومن الأسهل إلى الأصعب فمثلاً ،

١- أعطيني الطبق .

٢- أعطيني الكوب الذي بداخله ملعقة .

٣- هات الكرة التي تحت الكرسي الخ .

وهكذا يكرر للعلاج هذا التمرين مع الطفل حتى يشعر يتمكنه من فهم الأوامر الصادرة إليه من الآخرين والاستجابة إليهم الاستجابة الصحيحة .

ثامناً ، تنمية قدرة الطفل على فهم للفرد والجمع والتعبير عنها في المواقف المختلفة .

يبدأ للعلاج بعرض كل موقف من المواقف التي تعبر عن للفرد والجمع وذلك من خلال عرض أدوات مجسمة ثم يقوم بعرضها كصورة مرسومة مثلاً ، يقدم للطفل قلم ويسأله :

أنت معك كام قلم ، ثم يقدم مجموعة القلام

ويسأله ذا قلم واحد ولا أقلام كثيرة أو أنت معك كام قلم ؟

ثاسعاً ، إثراء حصيلة الطفل اللغوية بجمل بسيطة والتعبير اللفظي عنها وذلك بالاستجابة إلى الآخرين استجابة لفظية مستخدماً التراكيب اللغوية التي تساعد على اتصاله بالآخرين .

يقوم المعالج بتمثيل بعض المواقف التي تحدث في الحياة اليومية للطفل حيث يهدف هذا البعد إلى تنمية قدرة الطفل على النطق بجمل مكونة من كلمتين مستخدماً نفس الكلمات التي يستعملها الآخرون في أحاديثهم مثل :-

أنا أشرب يقوم المعالج بالشرب من الكوب

ولد يشرب يقوم أحد الأطفال بالشرب من الكوب

لنا اجلس / أو أنا أقف / أو ولد يلعب / أو أحمد يشرب وهكذا

ثم يحاول المعالج إشراك الأطفال في القيام بتقليد تلك الأفعال التي تمكنوا من فهم لها والتعبير اللفظي عنها .

كما يمكن إضافته بعض الأنشطة المختلفة التي تساعد على تنمية الاتصال اللغوي بين الأطفال للتأخيرين لغوياً مثل :-

- أنشطة تساعد على تنمية مهارة التعبير أو التحدث :

كل نشاط أو تحريـب يعطى الطفل الحرية الكاملة في التعبير عن نفسه ،
ومشاعره ، وحاجاته وأفكاره يساعد على تنمية هذه المهارة .

ويجب على الوالد أو العالج أو من يرعى الطفل أن يترك للطفل فرصة كافية
للتعبير عن كل ما يجول بخاطره ويعطيه الانتباه الكامل لكل ما يفعل أو يقول .

ومن هذه الأنشطة :

*** حفظ الأغاني والأناشيد للصورة .

*** لبطاقات ولكتب للصورة التي يتدرج استخدامها من الإشارة لشيء ثم
يذكر اسمه إلى تسمية الأشياء التي وصفها والتعرف على
استخداماتها .

*** التمثيل .

*** الغناء .

*** التعبير الحر .

*** اللعب الإيهامي والتخيلي .

- أنشطة تساعد تنمية مهارة التواصل اللفوي ،

كل حوار يقوم به العالج مع الطفل يتطلب قيامه بالإنصات أولاً ثم الإجابة
بعد ذلك ، حيث أن الإنصات يساعد على إكساب الطفل مهارة التواصل اللفوي مع
غيره من الأطفال ، والأنشطة التي تنمي هذه المهارة ما يلي:

- لعبة التليفون

إما بين المعالج والطفل أو بين الأطفال بعضهم البعض .

- لعب التداخي الحر أو المطلق

يقوم المعالج بذكر كلمة ويطلب من الطفل أن يذكر أكبر عدد ممكن من الكلمات التي يتذكرها عند سماع الكلمة الأولى .

- استخدام صيغة الجمع

يذكر الكلمة ويطلب من الطفل ذكر الكلمة التي تعبر عن معنى الجمع وقد يستعان بالشاهدين لتسهيل ذلك .

- الأنشطة التي تساعد على إكساب اللغويات اللفظية (الكلمات والألفاظ) التي تعبر عن المفاهيم المناسبة للمرحلة .

من أهم المفاهيم التي تكتسب خلال مرحلة ما قبل المدرسة ويلزم إكساب اللغويات اللفظية الخاصة بها المفاهيم التالية :

** الأكبر - الأصغر - الأطول - الأقصر - الأخف - الأثقل .

** العلاقات مكانية (فوق - تحت - يمين - يسار - بعيد - قريب - داخل - خارج - وغيرها) .

** الألوان والأشكال والأحجام .

** للطائفة (واحد لواحد) .

** الترتيب للسلسلة من الأصغر إلى الأكبر والعكس .

** التصنيف على أساس اللون والشكل والحجم .

هناك العديد من الأنشطة الهامة التي يمكن أن تنمي كل من هذه المفاهيم وتساعد على فهم واستخدام اللغويات اللفظية الخاصة بها .

- الأنشطة للعب الخيالي :

اللعب الخيالي مع العرائس يساعد الطفل لتأخر لغويا على تكوين علاقة مع العروسة وعمل حوار معها ومن ثم تعلم بعض الكلمات كما أنها تبنى قدرة الطفل على التركيز والانتباه وتقليد ما تفعله العروسة .

- الأنشطة الفنية .

مثل تلوين بعض الصور أو الكروت أو الكور بالأوان مختلفة حيث أن هذه الأنشطة تساعد على تنمية وتركيز الانتباه لدى الطفل .

- تنمية بعض المفاهيم للربطة بإدراك العلاقات الكائنية مثل (فوق ، تحت ، شمال ، يمين . .) الخ

- تنمية بعض المفاهيم مثل الألوان ، الأشكال ، معرفة أسماء الأشكال .

- تنمية مهارات التواصل اللفوي بين الأطفال وبعضهم البعض والفهم والتقليد والتعرف على الأشياء . . الخ

- القصص الوصفية

تحتوي هذه القصص على جمل لا تزيد عن أربعة جمل وتشتمل على وصف الأشياء التي تتكون منها عناصر القصة وقد يشارك بعض الأطفال للدرج في سرد بعض كلمات من القصة .

مثل البهت أبيض ، الباب أحمر ، القطة على السطح ، هناك كلب أسود ، وأيضاً يساعد هذا النشاط على تنمية بعض المفاهيم لدى الطفل مثل الألوان والتعرف على أسماء الحيوانات والأشكال كما يعمل على تنمية قدرة الطفل على الانتباه والتركيز .

ومن الأفضل أن يركز للدرج على استراتيجية التعزيز الاجتماعي الموجب فإلها من أهمية في تشكيل سلوك الطفل خاصة عندما يقدم الطفل سلوكاً معيماً ثم يحصل على إثابة على هذا السلوك فإنه يميل إلى تكراره فالأساليب السلوكية

الخاصة بالتحفيز والتشجيع والإجابة غالباً ما تكون مؤخرة وفعالة في إثراء المهارات اللغوية ولكن يجب أن يضع في الاعتبار أن التقدم يكون بطيئاً في المراحل الأولى ويحتاج إلى مجهود من جانب المدرب ولذلك فإنه بإمكانه التأثير على سلوك الطفل للتأخر لغوياً عن طريق إثابته على بعض الأشكال للعينة من السلوك التي يرى ضرورة تشجيعها ومنها :-

١- الأشكال المختلفة للتعزيز الاجتماعي Social Reinforcement مثل الموافقة على الخروج للحديقة ، اللدح والثناء من جانب المدرب ، التصفيق من جانب الأطفال الآخرين .

٢- التعزيزات المادية وتتمثل في تقديم قطع الحلوى واللعب الصغيرة أو ما شابه .
كما يرى المدرسين في هذا المجال مراعاة بعض النقاط التالية في بنود البرامج التدريبية للأطفال المتأخرين لغوياً .

١- استخدام أساليب وطرق تدريبية عند تقديم البرامج اللغوية العرفية للطفل في مرحلة ما قبل المدرسة خاصة الطفل للتأخر لغوياً منها :-

- أسلوب التكرار لكل كلمة أو جملة ينطق بها للمدرب .
 - التركيز على استخدام أسلوب التقليد والنمذجة والمحاكاة لما يفعله المدرب .
 - استخدام أساليب التعزيز للوجبة (عبارات اللدح) .
 - الاهتمام بالأنشطة التمثيلية والأغاني والأناشيد والموسيقى .
- أما نتائج البحوث التي تناولت برامج للتأخرين لغوياً على أهمية استخدام أدوات مصورة ومثيرات بصرية منزلية لاكتساب المهارات اللغوية ولا إثراء الحصيلة اللغوية ، هذا بالإضافة إلى إطلاع الطفل على الكتب والقصص الملونة واستخدام الوسائل السمعية والبصرية بل والقيام بعمل رحلات إلى الحديقة وزيارة المكتبات لتشجيعه على الكلام .
- (Obert et al., 1980)

السمات والخصائص التي يجب توافرها في إخصائي التخاطب (العلاج) :

- ١- يجب ان يكون لديه الإحساس والتعاطف مع الطفل مع ملاحظة الاعتدال في كل هذه الشاعر ولا يسرف في تعاطفه .
- ٢- يجب ان يكون مرناً حتى يستطيع ان يغير ملاحظته أثناء الجلسة إذا وجد ان الطريقة للتبعة غير مجدية مع الطفل .
- ٣- ان يكون صبوراً .
- ٤- ان يكون متفاعلاً مع الطفل .
- ٥- ان يكون لديه الثقة في الطفل .
- ٦- ان يتسم بروح الفكاهة مع الأطفال حتى يحبوه .
- ٧- ان يتسم بالإبداع أثناء الجلسات في الأدوات والوسائل .
- ٨- ان تكون أفكاره ومفاهيمه واضحة ومؤهلاً للجلسات مع الأطفال

ثانياً - اضطرابات النطق ، Articulation Disorders

تشير الدراسات في هذا المجال إلى أن اضطرابات النطق تعد حتى الآن أكثر أشكال اضطرابات الكلام شيوعاً ومن ثم تكون الغالبية العظمى من حالات اضطرابات النطق التي يمكن أن نجدها في الفصول الدراسية ، ويسهل التعرف على هذه الاضطرابات سواء في المدرسة أو للتزل حيث يبدو كلام هؤلاء الأطفال غامضاً وغير مفهوم .

و يعرف اضطراب النطق بأنه مشكلة أو صعوبة في إصدار الأصوات اللازمة للكلام بالطريقة الصحيحة ويمكن أن تحدث عيوب النطق في الحروف المتحركة أو الساكنة .

وسوف نحاول إلقاء الضوء على اضطرابات النطق التي يمكن تصنيفها إلى أربعة أنواع وهي ،

أولاً ، الحذف Omission

يبدو مشكلة حذف الأصوات اللغوية لدى الأطفال في مراحل العمر المبكرة حيث يحذف الطفل صوتاً من الأصوات التي تتضمنها الكلمة وينطق جزء من الكلمة فقط ، وأحياناً يكون الحذف لأصوات متعددة مما يؤدي إلى أن يصبح الكلام غير مفهوم حتى بالنسبة للأشخاص المحيطين بالطفل والذين يلقون الاستماع إليه .

كذلك تظهر هذه العيوب في نطق الحروف الساكنة التي تقع في نهاية الكلمة أكثر مما تظهر في الحروف الساكنة الموجودة في بداية الكلمة مثل (منر) لكلمة مدرس أو (مرمة) لكلمة مدرسة .

وبسبب عملية الحذف هذه يكون هناك صعوبة في فهم كلام الطفل مما يؤدي إلى إرباكه وعدم القدرة عن التعبير عما يجول برأسه من أفكار وعدم القدرة على إيصال هذه الأفكار إلى الآخرين .

دانيا : الإبدال Substitution

تشبه مشكلة الإبدال مشكلة العلف من حيث حدوثها عند الأطفال صغار السن وتوجد هذه العيوب عندما يتم إصدار صوت غير مناسب بدلا من الصوت المرغوب فيه .

على سبيل المثال قد يستبدل الطفل حرف "س" بحرف "ش" أو يستبدل حرف "ر" بحرف "ل" فيقول الطفل مثلا "لاكب" لكلمة راجب "سمس" لكلمة شمس "فابت" لكلمة فابت "تاعة" لكلمة ساعة "اتل" لكلمة اكل ... وهكذا .

وغيرها من عمليات الإبدال المعروفة لدى الأطفال صغار السن ، والطفل هنا يكتسب مجموعة من الأصوات الساكنة لقل من تلك للكونة لنظام لفته الصوتي مما يدفعه للإبدال غير الثابت للتعبير عن نفسه .

ويتضر هذا الاضطراب لدى الأطفال في الراحل العمرية من ٥ - ٧ سنوات حيث تبدأ مرحلة تبديل الأسنان أو بسبب العوامل التالية

- عدم انتظام الأسنان من حيث الكبر والصغر و القرب أو البعد خاصة الأضراس الطاحنة أو الأسنان القاطعة
- الخوف الشديد أو الانفعال لدى الطفل
- عامل التقليد

والأطفال هناك لا يدركون بأن نطقهم يختلف عن نطق الآخرين ولكنهم يشعرون بالضيق عندما يسمعون ان الآخرين لا يستطيعون فهم كلامهم .

داليا : التحريف Distortion

توجد أخطاء التحريف عندما يصدر الطفل الصوت بطريقة خاطئة إلا ان الصوت الجليد يظل قريبا من الصوت السليم أو الصحيح بمعنى أنه عبارة عن تحريف لنطق الحروف أو نطقها بطريقة خاطئة لكن لا يصل التحريف إلى مستوى الخطأ أي

أنه لا يزال يُسمع على أنه الحرف نفسه ويحدث هذا بسبب إزدواجية اللغة لدى الصغار أو بسبب طغيان لهجة على لهجة أخرى أو وجود شلوث خلقي في الأسنان أو الشفاة .

ويتميز التحريف في النطق بالثبات والتكرار كما يكون منتشرًا بين الأطفال الأكبر سناً وبين الراشدين أكثر مما ينتشر بين صغار الأطفال وأكثر الحروف تأثراً بهذه العيوب هي الحروف الساكنة والتأخرة الاكتساب Lastaquired ، وقد يتأخر هؤلاء الأطفال عن اكتساب القراءة والكتابة مما يؤدي بهم على العزلة وبعض الاضطرابات السلوكية . (Espir and Guilford , 1983)

العوامل المسببة للاضطرابات النطق

في كثير من الحالات يكون من الصعب تحديد السبب الذي يكمن وراء اضطرابات النطق وذلك لتعدد الأسباب من ناحية ولتداخلها مع بعضها من ناحية أخرى وسوف نحاول إلقاء الضوء على بعض العوامل المؤدية للاضطرابات النطق وهي :

أولاً ، تشوهات أعضاء النطق

تعتبر التشوهات التي تصيب أعضاء النطق والسمع من أهم العوامل المسببة للاضطرابات النطق مثل تحريفات التركيب اللفظي " كميوب الأسنان والشق الحلقى " والشلل النعائى والإعاقة السمعية ومن التشوهات التي تصيب أعضاء النطق المؤدية لهذا الاضطراب ما يلي :

١- بنية الأسنان غير الطبيعية

الأسنان من الأعضاء الهامة والمسئولة عن إخراج الأصوات اللغوية بطريقة سليمة لذا فالأسنان الصحيحة التركيب تعتبر ضرورة ملحة ليس فقط لأعضاء صفة الجمال على الإنسان بل أيضاً ضرورة لإخراج بعض الأصوات اللغوية بطريقة سليمة وذلك لأن مسئولية إصدار الأصوات اللغوية مسئولية مشتركة بين الأسنان وأعضاء النطق الأخرى كالشفاة واللسان والشفة ويتضح ذلك في الأمثلة التالية :

- إصدار صوت الفاء (ف) عن طريق اتصال الشفة السفلي بالأسنان .
- إصدار صوت الثاء (ث) والذال (ذ) طرف اللسان بين الأسنان العليا والسفلي .
- كذلك تشترك الأسنان مع الشفتين في إصدار صوت السين (س) والشين (ش) والصاد (ص) حيث تحتاج هذه الأصوات إلى فتحات بين الأسنان سليمة وغير مشوهة .

ب- سقف الحلق

يعتبر سقف الحلق من أعضاء النطق الهامة في إخراج بعض الأصوات اللغوية وذلك لأن هناك بعض الأصوات تنطق بشكل سليم عندما يتم اتصال اللسان بسقف الحلق .

إما إذا كان سقف الحلق عالياً أو ضيقاً يؤدي ذلك إلى صعوبة اتصال اللسان به وبالتالي يصبح نطق بعض الأصوات اللغوية غير طبيعي .

ج- عضو اللسان

أحياناً يكون القصور في عضو اللسان عندما يكون حجمه غير طبيعي مقارنة بالأسنان وسقف الحلق مما يضيق حركته اللازمة والسرعة المطلوبة لإخراج الأصوات بالشكل السليم .

أو يكون هناك ضعف في التنسيق الحركي بين أعضاء النطق الناتج عن شلل بسيط باللسان فلا يستطيع الحركة تجاه الأسنان وسقف الحلق وأصول الثنايا بشكل سهل وآلي وسهولة ويصعب على الفرد حتى اللسان لتوجيه الهواء اللازم لإخراج الأصوات اللغوية المختلفة مثل حروف السين والشين والصاد . . . الخ

وأحياناً أخرى يكون قصور اللسان فيما يسمى عقدة اللسان Tongue-tie ويتمثل هذا في قصر الحبل الذي يربط طرف اللسان بأسفله أو تتداخله باللسان وقربه

من الطرف مما يعرقل الحركة الانسيابية للسان ويؤدي إلى صعوبة في نطق بعض الأصوات اللغوية .
(فتحى السيد عبد الرحيم ، ١٩٩٠ ، ٦٧ ، ٦٨)

ثانياً ، الإعاقة السمعية

عملية الكلام لدى الطفل عملية مكتسبة تعتمد اعتماداً كبيراً على التقليد والمحاكاة الصوتية إذ أنها ذات أساس حركي وآخر حاسي فهي تبدأ بإصدار أصوات لا إرادية (مظهر حركي) ثم تكتسب بعد ذلك دلالات معينة نتيجة لنمو للدركات الحسية والسمعية والبصرية (مظهر حاسي) وبالتالي لا يمكن لكلام الطفل أن يستقيم ما لم يكن هناك توافقاً بين المظهرين الحركي والحاسي .

ويتعلم الطفل أن الكلام واللغة وسيلة للتفاهم والتعبير عن الأفكار وبث الشاعر والأحاسيس بين الأفراد من خلال عمليات التحصن والاستماع والمناقشة وبذلك يتشكل إدراك ووعي الطفل بالعالم من حوله من خلال نموه اللغوي ، وبدون حاسة السمع لا يشعر الطفل بالأصوات والألفاظ وينعدم تفهمه للكلام واللغة ومن ثم لا يمكنه تقليدها .

ولذلك فإن أخطر ما يترتب على الإعاقة السمعية هو عدم استطاعته الطفل المشاركة الإيجابية في عمليات اكتساب اللغة اللفظية فلا يستطيع بناء الأساس اللازم لتنمية لغته وتطوير إدراكه ووعيه بالعالم الخارجي المحيط به .

(عبد المطلب القرطبي، ٢٠٠١ ، ١٣٦)

والطفل الماق سمعياً يعاني من صعوبات أو تشوهات نطقية نتيجة لافتقاده العوامل السمعية التالية ،

أ- تمييز الأصوات

إن تمييز الأصوات اللغوية مرتبط ارتباطاً وثيقاً بالعوامل السمعية فالطفل الذي يعاني من ضعف سمعي يجد صعوبة في تمييز الأصوات التقاربة وبالتالي يفقد القدرة على النطق السليم .

وفي هذا الصدد اهتمت بعض الدراسات بالهارات الإدراكية السمعية كاسباب رئيسية لاضطرابات النطق حيث أشارت نتائج تلك الدراسات إلى أن التمييز السمعي Discrimination يرتبط بوضوح بالنطق خاصة عندما يكون للطلوب إدؤه يتضمن احكاما تمييزيه للأصوات .

ب- تمييز درجة النغم

ولقد أشارت الدراسات التي أجريت حول العلاقة بين تمييز درجة النغم وصعوبات النطق إلى أن الأطفال الذين يعانون من اضطرابات النطق لعل قدرة على تمييز الأصوات المتصلة بدرجة النغم .

كما أشار (فارص موسى، ١٩٨٧ : ٧٠ ، ٧٢) إلى أن هناك عوامل وأسباب خارجية تلعب دورا أساسيا في عملية النطق غير السليم مثل اللهاخ الدراسي غير السليم للنمو اللغوي لدى الطفل سواء في المنزل أو المدرسة الذي قد يكون سبباً من اسباب الصعوبة التي يواجهها الطفل في نطقه للأصوات اللغوية ، ومن العوامل التي غالباً ما تؤدي إلى اضطرابات النطق لدى الأطفال ما يلي :

١- تعرض الطفل لنماذج النطق المشوه مما يؤدي بالتالي إلى تقليدها حيث يسمع الطفل تلك النماذج بشكل متكرر من أحد أفراد العائلة أو من أقرانه في جماعة اللعب حيث تصبح تلك الأصوات الخاصة جزءاً من نظامه الصوتي العام فقط ينطق أحد أفراد العائلة صوتاً مثل صوت اللام (ل) بدلاً من صوت الراء (ر) وعندما يسمع الطفل هذا الإبدال بشكل متكرر يتعلمه كنمط من أنماط كلامه وأحياناً أخرى يهاكي أحد الأفراد المحيطين بالطفل طريقة كلامه العيب في سنوات عمره الأولى مما يرسخ في ذهن الطفل أن ما يسمعه من الكبار هو ذلك النطق الصحيح .

٢- عدم وجود الحوافز والدوافع لتخبر نطق الطفل غير السليم حيث يعتبر البعض أن التشجيع من الوالدين للتعبير عما يجول في خاطر الطفل من أهم العوامل التي تلعب دورا أساسيا في الاكتساب السوي للغة نطقاً وتعبيراً حيث أن

الأطفال في مرحلة الحضالة أو مرحلة اكتساب اللغة يميلون للتعبير عن أنفسهم بكلمات قليلة ، أو حتى بالإشارة فإذا استجاب الوالدين لهذا بطريقة فورية قد يسبب ذلك عدم التمرن على النطق بطريقة سليمة وواضحة .

كما أن الطفل الذي لا يجد الحفز والمعنية لنضجة ولتعديل نطقه للأصوات اللغوية يصبح من الصعب تغيير نطقه بعد أن تكون النماذج الخاطئة للنطق قد ترسخت وأصبحت النمط للهيمن على نطق الطفل .

ويؤكد (Jones , 1985) أن النماذج اللغوية التي يتعرض لها الطفل في الأسرة تلعب دورا أساسيا في اكتسابه للحصيلة اللغوية فاستخدام التقاليد والتكرار لكل كلمة تصدر عن الطفل والتدعيم والإثابة الذي يقدمه الوالدين يساعد الطفل على التعرف على الأشياء المحيطة حيث يقلد الطفل ما يسمعه كما يكتسبه من لهجة المحيطين به .

٢- عدم وجود الاهتمام العاطفي الكافي من أحد الوالدين أو كليهما يؤدي بالطفل إلى الميل للانعزال والإحباط أو الشعور بعدم الأمان مما كان له الأثر الأكبر في مشكلات النطق لدى الأطفال ويعزو هذا إلى أن جو المنزل غير المريح أو إهمال الوالدين هي الأسباب ذات العلاقة الوضيقة بمشكلات النطق لدى الأطفال .

علاج اضطرابات النطق

لإجراء معالجة للمشاكل الخاصة باضطرابات النطق لابد من وصف دقيق للمشكلة التي يعاني منها الطفل ومعرفة العوامل الأساسية للسبب لهذه الاضطرابات لاكتشاف الجوانب التي يمكن أن تكون قد ساهمت في وجود المشكلة . . . ومن ثم تم عمل برنامج تدريبي يكون الهدف منه تدريب الطفل على إصدار الأصوات الخاطئة بطريقة صحيحة وذلك بعد الاطلاع على الأطر النظرية التي تناولت موضوع اضطرابات النطق وكيفية علاجها ومنها :

فتحى السيد عبد الرحيم (١٩٩٠) ، فارمن موسى مطلب (١٩٨٧) (Curtis , 1967) ،

وتتكون الخطوة العلاجية من الخطوات التالية ،

أولاً - علاج الجوانب العضوية ،

— إجراء فحص للفم لمعرفة فيما إذا كانت الأسنان أو الحلق أو أية أعضاء نطقية أخرى مصدراً لهذه الاضطرابات وذلك لأخذها في الاعتبار عند إجراء التدريبات اللازمة للعلاج .

— إجراء الجراحات اللازمة لتخفيف العوامل العضوية للسببة لاضطراب النطق مثل تقويم الأسنان للتباعدة أو تعديل الفك في الوضع الصحيح لكي تتطابق الأسنان أو إجراء الجراحات الخاصة باللسان أو الشفاه والعيوب التكوينية في الحلق .

— تقديم العناية الطبية للالتهابات التي تصيب الأذن الوسطى والتي قد تسبب الفقدان الجزلي للسمع

ثانياً - يتكون البرنامج التدريبي عادة من عدة جلسات قد تكون فردية أو جماعية مع أخصائي عيوب النطق على أن يوضع في الاعتبار النقاط التالية ،

— يتوقف عدد الأصوات التي يتدرب عليها الطفل على مدى استعداده للتدريب وقابليته للعلاج .

— زيادة دافعية الطفل للعلاج أثناء الجلسات العلاجية باستخدام المواد التي تناسب عمر الطفل الزماني كالألعاب والصور والقصص للصورة .

— التركيز على استخدام أساليب التقليد والممارسة والدافعية أثناء تطبيق الأسلوب العلاجي مع تطبيق أساليب تعديل السلوك Behavior Modification بشكل خاص في علاج عيوب النطق .

— اختيار هدف محدد لعملية التعديل على سبيل المثال صوت حرف (ر) وتحديد مدى تكرار حدوث الخطأ قبل الجلسات العلاجية .

- العمل على استبعاد العديد من المواقف التي تعمل على زيادة تكرار ظهور الاستجابة الصحيحة مع التركيز على تدليل الاستجابة الخاطئة .
- توفير فرص تخرج عن نطاق الجلسات العلاجية لتعليم الاستجابة الصحيحة في البيئة الخارجية .
- الاتصال بوالدي الطفل الذي يعاني من اضطراب النطق وإطلاعهم على خطورة المشكلة على سلوك الطفل وشخصيته حيث يساعد هذا الاتصال على فهم المشكلة ولكي يساهموا في عملية العلاج في المنزل وذلك لأن تعليم النطق الصحيح في العيادة ما هو إلا مرحلة واحدة من مراحل العلاج ولا تكتمل هذه العملية إلا إذا تأسست العادات الصحيحة والنظيفة من خلال الكلام اليومي .

خطوات البرنامج التدريبي

- أولاً- تدريب الأذن لتمكين الطفل من التمييز السمعي لكل الخصائص الصوتية عن طريق تحليل نماذج الكلمات التي تحتوي على الأخطاء في النطق وعزلها كوحدة صوتية ويتم من ذلك من خلال النقاط التالية :
- يقرأ للمعالج الكلمات على مسمع الطفل بحيث تحتوي على الكلمات التي يصعب عليه نطقها ويطلب من الطفل أن يعطي إشارة عندما يتعرف على الصوت الصعب .
- خلط مجموعة من الصور والأشياء التي تحتوي على أسماؤها على الأصوات الصعبة وتلك التي تحتوي على الأصوات السهلة على أن يستطيع الطفل تصنيف هذه الصور في مجموعتين منفصلتين .
- ثانياً - تعليم الطفل كيفية التعرف على الصوت الخطأ والصوت الصحيح وأن يكون قادراً على التمييز بينهما بسهولة ولتحقيق هذه الخطوة يجب اتباع الإجراءات التالية :

- يقرأ للعلاج قائمة من الكلمات على أن ينطق بعض الأصوات بصورة خاطئة ثم يطلب من الطفل ليصغى إليه بانتباه وأن يعطى إشارة عند سماعه للصوت الخاطئ .

- تسجيل قائمة من الكلمات بصوت الطفل بما فيها من الأصوات الخاطئة وتسجيل نفس القائمة بصوت للعلاج يلفظها الصحيح وبعد الانتهاء يستمع إليها الطفل ويقارن نطقه بنطق للعلاج .

ثالثاً - تعليم الطفل صوت جديد كجزء معزول في عملية تصحيح أخطاء النطق وكانه وحدة قائمة بنفسها

وهذا يعنى انه لابد من التأكد من أن الطفل ينطق الصوت بشكل صحيح قبل إدخاله في سياق سريع من الكلام المنفصل ويتم ذلك من خلال النقاط التالية :-

- اختيار هدف محدد لعملية التعديل (على سبيل المثال صوت حرف "ر" .

- تحديد مدى تكرار حدوث الخطأ قبل الجلسات العلاجية .

- تعليم النطق السليم للحرف من خلال استدعاء العديد من المواقف التي تعمل على زيادة تكرار ظهور الاستجابة الصحيحة مع التركيز على تقليل الاستجابات الخاطئة .

وبهذا يصبح الصوت الصحيح جزء من ذخيرة الفرد اللفظية ، فإن التدريب على ذلك الصوت بشكل معزول وفي مجموعات مقطعية بسيطة Syllables أمر ضروري قبل الانتقال بهذا الصوت إلى الكلمات أو الجمل البسيطة .

رابعاً - تحضير قائمة من الكلمات التي تحتوي في تركيبها للصوت المراد تعديله في أول ووسط ونهاية الكلمة على أن تكون من الكلمات المألوفة للطفل ويتم اتباع الإجراءات التالية :

- يقوم للعلاج بنطق هذه الأصوات ثم يطلب من الطفل نطق الصوت كما هو مستعمل في كلمات في القائمة المذكورة .

- ينطق للعلاج هذه الأصوات ثم يطلب من الطفل نطق الصوت كما هو مستعمل في كلمات القائمة المذكورة .
- عندما يتأكد للعلاج من أن الطفل تمكن من نطق الصوت بطريقة سليمة في الكلمات المألوفة يبدأ في إضافة كلمات جديدة لقائمة التدريب ويشترط أن تكون من تلك الكلمات التي يحتاج الطفل إليها في حياته اليومية أي لا تكون ذات مدلولات معنوية يصعب على الطفل فهمها .
- خامساً - التدريب على إصدار حمل أو أشباه حمل تعكس ما يستعمله الطفل في حياته اليومية .
- ينتقل للعلاج إلى هذه المرحلة عندما يتمكن الطفل من النطق الصحيح للصوت الجديد في الكلمات المألوفة .
- يطلب للعلاج من الطفل أن يتكلم عن بعض المواقف أو المواقف الهامة التي سبق حدوثها في اليوم السابق في المدرسة أو في النادي أو في المنزل .
- يطلب للعلاج من الوالدين خلق مواقف لغوية تشجع الطفل على الحديث معهم واستعمال بعض الكلمات التي يدخل في تركيبها الصوت الجديد .
- يقوم العلاج بتحضير بعض القصص القصيرة التي يجد فيها مادة تدريبية للصوت الجديد ثم يطرح بعض الأسئلة على الطفل حول القصة تستدعي الإجابات بكلمات الصوت المراد تعلمه .
- إرشاد الوالدين لخلق مواقف لغوية لكي يتدرب الطفل على الصوت الجديد من خلال السماح له بمرافقتهم إلى السوق وأعطائهم الفرصة للحديث مع صاحب المتجر ونطقه لقائمة المبيعات حيث يشكل ذلك مادة جيدة للتدريب والعالجة والتشجيع على الكلام مع الآخرين .

ثانياً : اضطرابات الصوت (Voice disorders (Disphonias

هي العيوب التي تصيب وظيفة الصوت وهذه الاضطرابات تلقى اهتماما بسبب ما يترتب عليها من مشكلات تتعلق بالاتصال الشخصي والتوافق النفسي لدى الفرد وما تؤدي إليه من الشعور بالنقص والدونية وهذه الاضطرابات ترجع إلى خلل في الميكانيزم الوظيفي للأحبال الصوتية وإلى الفتحة الصوتية (فتحة الزمار) التي يجب أن تكون ضيقة إلى - حد ما - حتى لا تسمح بهروب الهواء إلا تحت تأثير الضغط المناسب الذي يسمح بإطلاق الأصوات والكلمات بشكل طبيعي فمثلاً إذا كانت ضيقة جداً تعرقل اهتزاز الأحبال الصوتية وتؤدي إلى عدم توافق اهتزاز هذه الأحبال .

كما تعتبر اضطرابات الصوت Voice Disorders أقل شيوعاً من عيوب النطق ورغم هذه الحقيقة ، فإن اضطرابات الصوت تظل تلقى الاهتمام نظراً لما لها من اثر على أساليب الاتصال الشخصي للتبادل بين الأفراد من ناحية ، ولما يترتب عليها من مشكلات في التوافق - نتيجة لما يشعر به أصحابها من خجل من ناحية أخرى .

لما كانت الأصوات تعكس خصائص فردية إلى حد بعيد ، لذا فإن التحديد الدقيق للمحركات المستخدمة في تشخيص حالات الإضطرابات الصوتية من الأمور الصعبة والمعقدة .

وتتأثر الخصائص الصوتية للفرد بعدد من العوامل من بينها جنس الفرد ، وعمره الزمني ، وتكوينه الجسمي ، كذلك فإن الأصوات عند الفرد الواحد تختلف باختلاف حالته المزاجية ، كما تتنوع بتنوع الأغراض من عملية التواصل ، في حين أن بعض الأصوات تتميز بأنها سارة ومريحة أكثر من غيرها ، فإن بعض الأصوات الأخرى يبدو أنها تجذب انتباه الآخرين إليها وتستثير من جانبهم أحكاماً عليها بالانحراف والشذوذ هذه الخصائص الصوتية غير العادية (أي الشاذة) هي التي تدخل في نطاق اضطرابات الصوت .

خصائص الصوت والاضطرابات المرتبطة بها :

توجد مجموعة من خصائص الصوت يجب الإلمام بها قبل محاولة التعرف على اضطرابات الصوت ، هذه الخصائص الصوتية والاضطرابات المرتبطة بها هي يلي :

١. طبقة الصوت Pitch

تشير طبقة الصوت إلى ملكي ارتفاع صوت الفرد أو انخفاضه بالنسبة للسلم الموسيقي حيث يعتقد بعض الأفراد استخدام مستوى لطبقة الصوت قد يكون شديد الارتفاع أو بالغ الانخفاض بالنسبة لأعمارهم الزمنية أو تكويناتهم الجسمية ، نجد أمثلة لذلك في تلميذ المرحلة الثانوية الذي يتحدث ببطء صوتية عالية ، أو طفلة الصف الأول الابتدائي التي يبدو صوتها كما لو كان صادرا من قاع عميق هذه الانحرافات في طبقة الصوت لا تجلب انتباه الآخرين إليها فقط ، بل ربما ينتج عنها أيضا اضطراب في الميكانيزم الصوتي الذي لا يستخدم في هذه الحالة استخداما مناسباً ، تضم حالات اضطراب طبقة الصوت أيضاً القواصل في الطبقة الصوتية Pitch breaks (التي تتمثل في التغيرات السريعة غير المضمبوطة في طبقة الصوت أثناء الكلام) ، الصوت المرتعش (الاهتزازي) Shaky Voice والصوت الرتيب Monotone Voice (أي الصوت الذي يسير على وتيرة واحدة في جميع أشكال الكلام) .

٢. شدة الصوت Intensity

تشير الشدة إلى الارتفاع الشديد والنعومة في الصوت أثناء الحركات العادية فالأصوات يجب أن تكون على درجة كافية من الارتفاع من أجل تحقيق التواصل الفعال والمؤثر ، كما يجب أن تتضمن الأصوات تنوعاً في الارتفاع يتناسب مع المعاني التي يقصد المتحدث إيها وعلى ذلك فإن الأصوات التي تتميز بالارتفاع الشديد أو النعومة البالغة تعكس عادات شاذة في الكلام أو قد تعكس ما وراءها من ظروف جسمية كفقدان السمع أو بعض الإصابات النبرولوجية والعضلية في الحنجرة .

٢. نوعية الصوت Quality

تتعلق نوعية الصوت بتلك الخصائص الصوتية التي لا تدخل تحت طبقة الصوت أو شدة الصوت ، بمعنى آخر ، تلك الخصائص التي تعطي لصوت كل فرد طابعه المميز الخاص ويميل البعض إلى مناقشة مشكلات رنين الصوت ضمن مناقشتهم لنوعية الصوت ، إلا أننا نفضل مناقشة رنين الصوت والإضطرابات المرتبطة به منفصلاً عن نوعية الصوت وإضطراباته .

تعتبر الانحرافات في نوعية الصوت ورنينه أكثر أنواع إضطرابات الصوت شيوعاً ، اختلفت التسميات المصطلحات التي استخدمها اختصاصيو عيوب الكلام لوصف وتمييز إضطرابات نوعية الصوت ، ورغم هذا الاختلاف يمكن تمييز أهم إضطرابات الصوت في الصوت الهامس *breathiness* والصوت الخشن الغليظ *Harshness* ، وبحة الصوت *Hoarseness* ويتميز الصوت الهامس بالضعف والتدفق المفرط للهواء وغالباً ما يبدو الصوت وكأنه نوع من الهمس الذي يكون مصحوباً في بعض الأحيان بتوقف كامل للصوت .

أما الصوت الغليظ الخشن ، فغالباً ما يكون صوت غي سار ويكون عاد مرتفعاً في شدته ومنخفضاً في طبقته ، إصدار الصوت في هذه الحالات غالباً ما يكون فجائياً ومصحوباً بالتوتر الزائد .

ويوصف الصوت المبحوح عادة على أنه خليط من النوعين السابقين (أي الهمس والخشونة معاً) في كثير من هذه الحالات يكون هذا الاضطراب عرضاً من أعراض التهيج الذي يصيب الحنجرة نتيجة للصياح الشديد أو الإصابة بالبرد ، لو قد يكو عرضاً من الأعراض للرؤية في الحنجرة ، حيث يميل الصوت الذي يتميز بالبحة لأن يكون منخفضاً في الطبقة وصادراً من التنبات الصوتية .

٤. رنين الصوت Resonance

يشير الرنين إلى تعديل الصوت في تجويف القمي والتجويف الأنفي أعلى الحنجرة ، وترتبط اضطرابات رنين الصوت عادة بدرجة انفتاح للمرات الأنفية ، عادة لا تتضمن اللغة سوى أصواتاً لثوية قليلة ، في نوايف العادية ينفصل التجويف الأنفي عن جهاز الكلام بفضل سقف الحلق الرخو أثناء إخراج الأصوات الأخرى غير الأنفية ، فإذا لم يكن التجويف الأنفي مغلقاً ، فإن صوت الفرد يتميز بطبيعة لثوية (أي كما لو كان الشخص يتنصت من الأنف) ، وتعتبر الخمخمة (الخنف) والخمخمة المفرطة خصائص شائعة بين الأطفال المصابين بشق في سقف الحلق Cleft Palate ، تحدث الحالة العكسية عندما يظل تجويف الأنف مغلقاً في الوقت الذي كان يجب أن يكون فيه هذا التجويف مفتوحاً لإخراج الحروف الأنفية .

العوامل المسببة لاضطرابات الصوت :-

تعتبر الأسباب العضوية وغير العضوية التي تؤدي على الإضطرابات الصوتية كثيرة ومتنوعة من بي الظروف العضوية التي تتعلق بالحنجرة والتي يكن أن تسبب اضطرابات الصوت ، الفرح ، والعدوى ، والشلل ، الذي يصيب اللحنيات ، والشذوذ الولادي في تكوين الحنجرة ، الأشخاص المصابون بشق في سقف الحلق يواجهون عادة صعوبة في الفصل بين المرات القمية والمرات الأنفية أثناء الكلام ، مما يجعل أصواتهم تغلب عليها الخمخمة اللثوية ، كذلك فإن فقدان الواضح للسمع الذي يؤثر على قدرة الطفل على تغير طبقة الصوت وارتفاعه ونوعيته ، يمكن أن يكون بسبب أيضاً اضطرابات في الصوت ، على أن الانحرافات الصوتية المؤقتة مثل وجود قواصل في طبقة الصوت التي تصاحب تغير الصوت أثناء البلوغ وخاصة عند الذكور ، هذه الحالات لا تحتاج إلى علاج .

من ناحية أخرى يمكن أن تنتج اضطرابات الصوت عن عوامل وظيفية وليست عضوية ، لاحظ " برون " (١٩٧١) أن معظم اضطرابات الصوت ترتبط بسوء استخدام الصوت أو الاستخدام الشاذ للصوت ، حيث يمكن أن يتخذ سوء استخدام

الصوت إشكالاً متعددة منها السرعة المفرطة في الكلام ، أو الكلام بمستوى غير طبيعي من طبقة الصوت ، أو الكلام بصوت مرتفع للغاية ، أو الكلام المصحوب بالتوتر الشديد ، هذه الأنماط الصوتية يمكن أن تؤدي إلى الاستخدام الزائد للميكاتزم الصوتي ، وعندما يعتاد الفرد مثل هذا السلوك ، فإن ذلك يسبب ضرراً للحنجرة وقد يؤدي إلى بعض الانحرافات للرضية العضوية ، كذلك قد ترتبط إضطرابات الصوت عند الطفل بالعادات السيئة في التنفس .

كذلك تعتبر الإضطرابات السيكلوجية وعدم التوافق الانفعالي حالات يمكن أن تنعكس أيضاً في شكل إضطرابات في الصوت ، على أن إضطرابات الصوت التي ترجع إلى أصل سيكولوجي يبدو أنها أكثر شيوعاً عند الكبار منها عند الصغار .

(محمود حسن عثمان ، ١٩٩٩)

وسوف نستعرض في الصفحات التالية : بعض الإضطرابات الصوتية والأساليب العلاجية .

١- ارتفاع الصوت / انخفاض الصوت

الصوت المرتفع أكثر من اللازم هو صوت شديد ومزعج ويقصد بارتفاع الصوت أو انخفاضه بالنسبة للسلم الموسيقي ولطبقة الصوت ، فالصوت الطبيعي يجب أن يكون على درجة كافية من الارتفاع والغدة من أجل تحقيق التواصل المطلوب . وترجع الأسباب إلى العوامل التالية :

١- بعض الإصابات التي تصيب الفرد مثل الأمراض الصدرية والربوية .

— التهابات الحنجرة .

— ضعف السمع .

— الخوف للرضى من الصوت المرتفع ذاته ويضطرب للرضى إلى الكلام بصوت مرتفع يشعره بالام عضوي في اللنطقة البلعومية والحنجرة ويحاول أن

يعمل من صوته ولكن لا يستطيع بسبب العجز العضلي للأحبال الصوتية .

٢- الاضطراب في الطبقة الصوتية

ويقصد به التغيرات الشاذة في طبقة الصوت والانتقال السريع غير المنظم من طبقة لأخرى مثل الانتقال من الصوت الضن إلى الصوت الرقيق أو العكس وأحياناً تسمى باضطراب التلحين في النطق وهي فاقنة للتعبير ومزعجة للمتكلم والسامع .

٣- الصوت المرتعش .

يقصد به الصوت غير المنتاسق من حيث الارتفاع أو الانخفاض في الطبقة الصوتية ويكون سريعاً ومتوتراً ، ويحدث هذا الاضطراب للأطفال والراشدين في مواقف الخوف والارتباك والانفعالات الشديدة وفي حالات عته الشيخوخة .

الأسباب :-

— التهابات الدماغية التي تجعل الفرد يعجز عن التوافق بين حركات الأعصاب .

— اضطراب عملية التنفس .

٤- الصوت الرقيق

يقصد به الصوت الذي يأخذ شكل الإيحاء الواحد أو الوتيرة الواحدة مع عدم القدرة على التعبير الصوتي في الارتفاع والشدة أو النغمة أو اللحن ومن ثم يبدو هذا الصوت شاذاً غريباً .

الأسباب :-

— حالة شلل تصيب للراکز الخية .

— تصلب الأحبال الصوتية التي تؤدي إلى جعل الصوت أجش أو خشن أو رتيب

٥- الصوت الخشن (الغليظ) .

هذا النوع يكون مرتفع في الشدة منخفض في الطبقة الصوتية وهو مصحوب بالتوترات والأجهاد للأحبال الصوتية التي تصبح بيضاء اللون أو متوردة منتفخة وأكثر تشنجا مما يضاعف مرونة اهتزازها .

الأسباب :-

- الصراخ العالي لدى الأطفال الصغار .
- تقليد الطفل لأصوات الآخرين العالية .
- الفرد ذو المزاج العدوانى لأنه غالباً ما يجهد الأحبال الصوتية في حديثه وصراخه مع الآخرين .
- بعض اللهن التي تتطلب الصوت المرتفع مثل البائعين أو المعلمين مما يؤدي إلى إجهاد الأحبال الصوتية .
- المجهودات الكلامية الكبيرة والمستمرة والمؤدية إلى إعياء الحنجرة .
- التهاب الجيوب الأنفية .

٦- بحة الصوت .

يقصد به الصوت المنخفض من حيث الطبقة الموسيقية ويصاحبه شئ من خشونة الصوت بسبب تقارب أشربة الأحبال الصوتية والصوت يكون محبوساً وأسفل الحنجرة ولا يخرج إلا من ثنيات تلك الأحبال التي تكون منتفخة وحمراء مما يجعلها تنقبض بصعوبة ، كما يصاحب أيضاً بصعوبة التنفس وبالتالي يصبح الصوت غير واضحاً ،

الأسباب :-

- حالات التهاب الحنجرة .
- الإصابة بنزلات البرد .
- التهاب اللوزتين .
- الأجهاد الكلامي .
- اضطراب التناسق العصبي والعضلي للأحبال الصوتية .

٧- الصوت العائلي .

هذا النوع من الاضطراب الصوتي يشبه في طبيعته الصوتية طبقة صوت الأطفال الصغار لدرجة يشعر السميع بان هذا الصوت شاذ ولا يتناسب مع العمر الزمني للمتكلم .

الأسباب :-

- عوامل وراثية وخلقية .
- الإصابات بالنزلات الفيروسية في مرحلة الطفولة .
- التهابات الأعضاء الصوتية .
- عوامل نفسية التي تجعل الفرد يسلك في صوته وهو راشد سلوك الأطفال في أصواتهم " نكوص إلى مرحلة سابقة من النمو " .

٨- انعدام الصوت كلياً .

تحدث الإصابة بهذا النوع من الاضطراب في حالات الانفعالات الشديدة (الغضب) بحيث يصعب على الفرد إخراج للصوت تماماً وتحذف الفرد يحاول الكلام ولكنه لا يستطيع مما يجعله يستعين بالحركات الإيمائية .

- شلل الأحبال الصوتية .
- الانفعالات الحادة .
- بعض الحالات ترجع إلى عوامل نفسية مثل فقدان القدرة على الكلام " الخرس الهستيري " .

الأساليب العلاجية لإضطرابات الصوت

لتشخيص وعلاج إضطرابات الصوت لابد من توافر الفريق متعدد التخصصات في عمليات التشخيص والعلاج حيث يعتبر من الأمور الجوهرية ، قبل البدء في العمل العلاجي وإجراء الفحص الطبي كخطوة مبكرة وضرورية تهدف إلى اكتشاف ما إذا كان يوجد خلل عضوي ، ثم بدء العلاج الطبي أو الجراحي اللازم في مثل هذه الحالة ، أما عملية التقييم التي يقوم بها فريق الأخصائيين فإنها تتضمن — بوجه عام — أربعة مظاهر أساسية هي :

- ـ دراسة التاريخ التطوري لحالة الإضطراب في الصوت .
- ـ التحليل للنظم للصوت ، ويشمل تحليلاً لأبعاد طبقة الصوت ، وارتفاعه ونوعيته ورنينه .
- ـ فحص جهاز الكلام من الناحيتين التكنولوجية والوظيفية .
- ـ قياس بعض التغيرات الأخرى (عندما تكون هناك حاجة لذلك) مثل حدة السمع والحالة الصحية العامة ، والنحكة ، ولهايات الحركية ، والتوافق النفسي والانفعالي .

وعند القيام بتحليل أبعاد الصوت يجري إحصائي امراض الكلام تقيماً للطفل في أبعاد طبقة الصوت ، والارتفاع ، والنوعية ، ورتدين لتناء الكلام في مواقف المحادثة العادية ، وايضاً من خلال أنشطة كلامية يتم تصميمها لأغراض عملية التقييم ثم

يفحص جهاز الكلام عند الطفل ونمط التنفس أثناء الأنشطة المختلفة التي تتضمن الكلام ، والأنشطة التي لا تتضمن الكلام أيضاً وقد يحول الطفل على الجهات المتخصصة لللائمة إذا بدا أنه يعاني من اضطرابات أخرى كالإضطرابات الحركية أو العقلية او الانفعالية .

وبغض النظر عن الأسباب الخاصة التي تكون قد أدت إلى اضطرابات الصوت ، يحتاج الأمر إلى فترة علاجية لمساعدة الطفل على تعلم استخدام الجهاز الصوتي بطريقة أكثر ملائمة ، كما يصمم البرنامج العلاجي لكل طفل - بصورة مفردة - حسب حالته وعلى ذلك فإن أياً من الطرق التالية يمكن أن تكون ملائمة لحالة من الحالات ، ولا تكون ملائمة لحالات أخرى .

ويقدم محمود عثمان (١٩٩٩) برنامجاً علاجياً يتكون من ثلاثة مراحل كالتالي :-

المرحلة الأولى :

تتمثل المرحلة الأولى للعلاج في التعليم أو إعادة التعليم الصوتي حيث يجب أن يفهم الطفل تماماً ماهية اضطراب الصوت الذي يعاني منه ، وما الذي أدى إليه ، وما يجب عمله لتخفيف حدة هذا الاضطراب ، حتى تتوفر لدى الطفل الدافعية الكافية لتغيير الصوت غير اللائع ، وأن تكون لديه الرغبة في تعديل بعض العادات الراسخة ، بدون ذلك يكون البرنامج العلاجي عرضه للفشل ، أن الدور الذي يمكن للأخصائي الإكلينيكي أن يلعبه في علاج اضطراب الصوت عند الطفل يعتبر ضئيلاً مما يقتضي أن يعمل الطفل بتعاون ورغبة من الأخصائي للتعرف على (الصوت الجنيدي) والتعود عليه ، يترتب على ذلك أن الطفل يحتاج إلى قدر كبير من التشجيع والتدعيم من جانب الأخصائي المعالج ومن جانب الوالدين والعلمين والزملاء طوال فترة برنامج التدريب على الأصوات .

رغم الإجراءات العلاجية الخاصة تختلف باختلاف الأخصائيين الإكلينيكيين وباختلاف الحالات إلا أن الصوت يتضمن عادة أربعة مظاهر أساسية تستحق

الاهتمام ، إذا كان واضحاً أن اضطراب الصوت يرتبط بسوء الاستخدام ، يصبح أحد المظاهر الرئيسية للعلاج التعرف على مصادر سوء الاستخدام ، وتجنب هذه المصادر ، ونظراً لأن الأخصائي الإكلينيكي لا يستطيع أن يعتمد اعتماداً مطلقاً على التقارير اللفظية التي يقدمها الأطفال أنفسهم ، فإن من الأفكار الجيدة والفعالة أن يقوم الأخصائي بملاحظة الطفل في عدد من المواقف الكلامية بهدف تحديد الطريقة التي اعتمد عليها الطفل في استخدام الأصوات ، على أن التقارير المقدمة من الوالدين والعلمين تعتبر ضرورية في التعرف على العادات الصوتية عند الطفل .

بعد أن يتم التعرف على نوع اضطراب الصوت ، يجب مناقشة الأنواع العنية من سوء الاستخدام وانعكاسها على الكلام مع الطفل نفسه ، بمنحله يبدأ تخطيط الممرق التي يمكن من خلالها تخفيف الحالة أو تجنبها ، ويمرر عليهم الطفل وتعاونه من الأمور الأساسية نظراً لأن الأخصائي لا يمكن أن يتواجد مع الطفل في كل لحظة وينبه بصفة دائمة إلى العادات الصوتية السيئة ويطلب منه تصحيحها .

للرحلة الثانية :

الجزء الثاني من البرنامج العلاجي لاضطرابات الصوت يتمثل في التدريب على الاسترخاء حيث يرب الطفل على كيفية إخراج الأصوات بطريقة تتميز بالاسترخاء والسلاسة خاصة إذا كان الطفل يتكلم عادة بطريقة مصحوبة بالتوتر الشديد ، على الرغم من أن النتائج مع صغار الأطفال ليست ناجحة دائماً ، فإن التدريب على الاسترخاء الجسمي بوجه عام قد يكون ضرورياً بالإضافة إلى الاسترخاء بشكل خاص في مناطق الوجه والفم والحلق ، وذلك لأن خلو اليكانزم الصوتي من التوتر يعمل على تسهيل تحقيق المظاهر الأخرى للبرنامج العلاجي .

للمرحلة الثالثة ،

يتضمن الجزء الثالث علاج الصوت التدريبات الصوتية والتدريبات المباشرة على اخراج الأصوات المختلفة حيث توجد تدريبات خاصة متوفرة الآن لتحسين طبقة الصوت ، وتدريبات لرفع طبقة الصوت التي يعتاد عليها الطفل وتدريبات لخفض هذه الطبقة ، وتدريبات لزيادة مرونة طبقة الصوت ، كذلك توجد تدريبات تهدف إلى تحقيق مستوى أكثر ملائمة من ارتفاع الصوت ، وتدريبات أخرى لتحسين نوعية الصوت بوجه عام ، والتدريبات التي يفتح عليها الاختيار ، والهدف من كل تدريب تطوّر لتناسب مع حالة كل طفل كفرد .

على سبيل المثال ، قد تقتضي حالة أحد الأطفال خفض مستوى طبقة الصوت التي اعتاد عليها بمقدار ثلاث نغمات في حين تتطلب حالة طفل آخر زيادة مني طبقة الصوت بمقدار نصف طبقة وانتهاء المرحلة المبكرة لعلاج الصوت قد يطلب الأخصائي الإكسليكسي إجراء تجريب على صوت الطفل بطرق مختلفة ليستكشف تجميعات طبقية الصوت والارتفاعات في الصوت لكي يتوصل إلى تحديد كيفية إنتاج أفضل نوعية من الصوت عند هذا الطفل ، وعندما يتعرف الطفل على الصوت الجديد يحتاج إلى قدر كبير من الممارسة في تمييز هذا الصوت واستخدامه في مواقف مختلفة في الكلام كذلك يحتمل تدريب الأذن وتحسين مهارات العامة للاستماع مظاهر لها أهميتها في التدريبات الصوتية .

للمرحلة الرابعة ،

وغالباً ما تكون تدريبات التنفس هي للظهر الرئيسي الرابع للبرنامج العلاجي لإضطرابات الصوت ، يهدف هذا النوع من التدريبات عادة إلى تعويد الطفل على استخدام تدفق النفس بصورة فعالة أكثر من تدريبه على التزود بالنفس ، التنفس لأغراض الكلام لا يحتاج إلى تزود بالهواء بأكثر مما

يحتاجه التنفس العادي للآلام للحياة ، إلا أن التنفس لأغراض الكلام يتطلب الضبط والتحكم ، توجد الآن تدريبات كثيرة لتحسين معدل الكلام وضبط عملية التنفس أثناء الكلام .

بعد أن يتم تجذب مصادر سوء استخدام الصوت وبعد أن يتم تثبيت الصوت الجديد ، يواجه المعالج لأهمة الصعبة المتعلقة باستمرار الطفل في الاستخدام الصحيح للأصوات للتعلمة ، أن تعود الطفل على الصوت الجديد ، وتعميمه لهذا الصوت في جميع مواقف الكلام يحتر من أصعب مراحل العمل العلاجي ، ربما لهذا السبب كان استمرار نجاح العلاج يتطلب عمل الفريق بضم الأخصائي الإكلينيكي والمعلم والنرس والوالدين وغيرهم من هم على صلة وثيقة بالطفل .

رابعاً : مشكلة الخنف :

تعتبر مشكلة الخنف (الخنة) من الاضطرابات الصوتية Voice Disorders وبالرغم من انها اقل شيوعاً إلا انها تظل تلقى الاهتمام نظراً لما لها من أثر على أساليب الاتصال الشخصي المتبادل بين الأفراد من ناحية وما يترتب عليها من مشكلات نفسية - نتيجة لما يشعر به أصحابها من خجل من ناحية أخرى .

وتعتبر مشكلة الخنف شائعة بين الأطفال الصغار بسبب في سقف الحلق Cleft Palate حيث يولد الطفل كما لو كان يتحدث من الأنف .

ويحدث هذا الاضطراب الصوتي بسبب إخراج الصوت عن طريق التجويف الأنفي وعدم انغلاق هذا التجويف أثناء النطق ، وهذا الاضطراب يصيب الأطفال الصغار كما يصيب الكبار الذكور والإناث على السواء .

وترجع الإصابة بتلك المشكلة إلى أسباب وراثية أو إلى إصابة الأم الحامل بفيروس الحصبة الألمانية أو تعاطيها لبعض الكونانات التي تحتوي على عقار الثاليدوميد وكذلك تعرض الأم للإشعاعات وغالباً ما يتم التعرف على وجود الشق بالشفة العليا أو شق سقف الحلق أو كليهما بعد ولادة الطفل وذلك أثناء الكشف الروتيني عليه إذ نادراً ما يتم اكتشاف تلك المشكلة أثناء الحمل باستخدام الوسائل الحديثة في الأشعة التشخيصية .

بعد أن يتم تشخيص وجود شق بسقف الحلق أو الشفة العليا أو كليهما معاً يقوم المعالج بإخبار والدي الطفل مع ملاحظة انهما يحتاجان منه للتفهم والتعامل من أجل تجنب مشكلة الطفل حيث يهدف الإرشاد المبكر لأسرة الطفل إلى التعرف على جوانب المشكلة وإبعادها .

كيف يتكلم الطفل للصاب بمشكلة الخنف .

هنا نجد أن الطفل الصاب بمشكلة الخنف يجد صعوبة في إخراج جميع الأصوات المتحركة والساكنة حيث يتم إخراج هذه الحروف بطريقة مشوهة ، فتظهر الحروف للتحركة وكأنها غناء أو لحن عن طريق الأنف .

أما الأحرف الساكنة فتظهر وكأنها شخير مع أبدال وقلب وحذف بعض الأحرف (عند أحرف النون وتليهم والحرف الأنفية الأخرى) .

الآثار المترتبة على مشكلة الخنف :-

غالباً ما يكون الطفل للصاب بالخنف موضع ضحك وسخرية الآخرين فهؤدي ذلك إلى ارتفاع نسبة القلق لديه وعدم الثقة بالنفس وهذا يؤدي بطبيعة الحال إلى تكوين شخصية منطوية غير ناضجة انفعالياً واجتماعياً ويزيد من ذلك إحساس الطفل بالنقص والدونية الأمر الذي يؤثر على توافقه الشخصي والاجتماعي مما يعوق اندماجه في الحياة العامة .

أسباب مشكلة الخنف :-

١- وجود فجوة ولادية في سقف الحلق قد تكون في القسم الرخو أو الصلب من سقف الحلق أو القسمين معاً ويحتمل هذا نتيجة عدم نضج الأنسجة التي تكون سقف الحلق .

٢- وجود شق في الشفاه (خاصة الشفة العليا)

٣- وجود زوائد انفية . (Beech And Fransella , 1968)

الأساليب العلاجية لمشكلة الخنق :-

أولاً ، العلاج الجراحي :-

إجراء جراحة الترقيع التي تهدف إلى التناغم الفجوة في سقف الحلق ، وعندما ينمو الطفل دون إجراء هذه العملية هنا يلجأ الطبيب إلى تصميم جهاز عبارة عن سداة أو غطاء من فيلاستيك وذلك لسد الفجوة للوجود في سقف الحلق .

العلاج الكلامي :-

أ- يحتاج الطفل للصاب بعد إجراء الجراحة إلى عمل تمارينات كلامية لضبط عملية إخراج الهواء حيث يجب أن يتدرب للصاب على إخراج الهواء من فمه وليس من أنفه لأنه المادة الخام التي تكون منها الحروف المتحركة والساكنة عند حرف اليم والتون .

ب- إجراء تمرينات أخرى خاصة بجذب الهواء إلى الداخل على أن تكون الشفاه في حالة استدارة وكذلك تمرينات التناوب فكلاهما يعمل على دفع سقف الحلق الرخو .

ج- يحتاج المريض أيضاً إلى تمرينات خاصة بالنفخ بواسطة أنابيب أسطوانية زجاجية وذلك حتى يعود المريض على استعمال فمه في دفع الهواء إلى الخارج وهذا من شأنه يعمل على تقوية سقف الحلق . (هبصل الزراد ، ١٩٩٠ : ٤٢١) .

كما يرى كثير من العلماء النفرسين بهذا المجال أن الأسرة دور في علاج المشاكل التخاطبية الناجمة عن وجود شق في سقف الحلق أو الشفاة العليا أو كلاهما .

Hahn (1979) , Williams et al . 1984 , paradise and Williams Fraser (1971)

لذا يجب ألا يغفل العلاج أهمية إرشاد الأسرة عن أسباب حدوث تلك المشكلة وعليه أن يكون ملماً بقدر كاف عن تلك الأسباب ليتمكن من إعطاء الإرشادات بصورة واضحة والإجابة على تساؤلات الوالدين بصورة صحيحة ، مع استعراض كافة

العوامل الوراثية الموجودة في عائلة الطفل وتحديد الأسباب البيئية التي من الممكن أن تشارك في تكوين هذا الحبيب الخلفي .

كما اشارت (1979) Hahn إلى أهمية وضع برنامج للأسرة في المراحل المبكرة من عمر الطفل تتكون من المراحل التالية :-

أولاً : برنامج تغذية الطفل :-

تعتبر تغذية الطفل الذي يعاني من شق في سقف الحلق من الأمور الصعبة وذلك لانخفاض الضغط داخل الفم اللازم لإتمام الرضاعة الطبيعية ، فإذا كان الطفل يعاني من شق جزئي في سقف الحلق فالأم قد تتمكن من إرضاع الطفل بصورة طبيعية وقد ينصح باستخدام وسيلة بلاستيكية مصممة بشكل خاص لخلق سقف الحلق بحيث تمكن الطفل من الرضاعة بشكل طبيعي غير أن بعض المعالجين أشاروا إلى أنه يمكن إرضاع الطفل وهو جالساً باستخدام زجاجة قابلة للانضغاط مما يسهل عملية الرضاعة .

وعلى المعالج أن يؤكد على أن عملية رضاعة الطفل تساعد على نمو البلعوم بصورة أفضل مما يساعد على اكتساب الكلام واللغة بصورة أفضل إذ كلما اكتسبت الأم خبرة مبكرة عن كيفية إرضاع الطفل ساعد ذلك على نمو قدراته اللغوية والنفسية والاجتماعية بصورة أفضل . (Williams , 1979)

ثانياً : إعطاء الوالدين بعض المعلومات عن المراحل الطبيعية التي يمر بها كل طفل لاكتساب اللغة والكلام مع شرح الجوانب التي يختلف فيها الطفل الذي يعاني من شق في سقف الحلق عن الطفل الطبيعي .

ثالثاً : التركيز على تنبيه الطفل لغوياً وذلك عن طريق إكسابه مضمون لغوي لتنمية قدرته على فهم واستخدام الأشياء البسيطة به والاستجابة الصحيحة للتعليمات الصادرة له من الآخرين والتعبير عنها لفظياً من خلال التعرف على

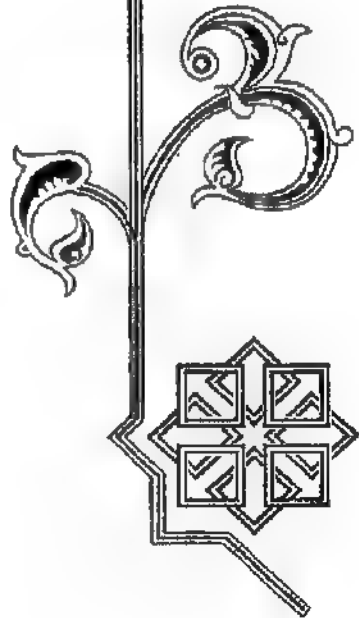
صور الحيوانات ، اللابس ، الطيور . . . الخ ، وغالباً ما يسبق هذه المرحلة موعد عملية إصلاح شق سقف الحلق .

رابعاً : تبدأ هذه المرحلة بعد إجراء الجراحة بستة إلى ثمانية أسابيع وذلك بإرشاد الوالدين عن كيفية تعليم الطفل استخدام بعض الأصوات مثل (ك / ج) والتي إذا تنرب الطفل على نطقها يساعده ذلك على اكتساب بقية الأصوات الساكنة بصورة أفضل ثم التدرج مع الطفل وتشجيعه على نطق جملة قصيرة مكونة من كلمتين مع التأكيد على أهمية متابعة الطفل في المنزل لضمان استمرار نطق الأصوات بشكل صحيح أثناء كلامه .

اضطرابات طلاقة الكلام

(اللججة)

- . تعريف اللججة
- . مظاهر اللججة
- . تفسير اللججة
- . تشخيص اللججة
- . أساليب علاج اللججة
- . برامج علاج اللججة



اضطراب وظيفة الكلام (اللججة)

نبذة تاريخية عن اللججة :

لقد تم التعرف على ظاهرة اللججة كمشكلة منذ زمن سحيق حيث يرجع تاريخها إلى عصور مصر القديمة ، ولقد عرف ذلك من رموز معينة تم اكتشافها في الهرم وغليفية ، كما ذكرت في الإنجيل بواسطة الفلاسفة القدماء ، ولقد قيل ، إن سيدنا موسى (عليه السلام) مصاب بالljجة ، وكذلك أرسطو Aristotle وأيسوب Aesop وديموستينس Demosthenes وفي عصرنا الحاضر وينستون تشرشل Sir Winston Churchill وملك جورج السادس King George VI وغيرهم كثيرون .

ولقد اعتقد قديما أن أصل تكوين اللججة بدنيا وارجع أبو قراط Hippocrates اللججة إلى جفاف اللسان وارجعها أرسطو إلى سمك اللسان وصلابته وقرانيسس يكون Francis Bacon رأى أن يكون السبب هو برودة اللسان .

واعتقد سانتوريني Santorini عالم التشريح الإيطالي أن سبب اللججة هو وجود فتحتين في المنطقة الوسطى من سقف الحلق وانهما ذوي حجم غير طبيعي ، ثم رفض مورجاني Morgagni تلك النظرية لأنه مؤسس علم التشريح الباثولوجي ، ونزع نحو الاعتقاد أن العظمة اللامية Hyoid bone هي السبب ، ثم جاءت فكرة أن اللسان هو أساس هذا القصور اللفظي ، وظلت منتشرة حتى منتصف القرن التاسع عشر ، وكان الجراحون الأوروبيون يتنافسون بكونهم الأولين في تقديم الأساليب الفنية العملية لعلاج هذه الظاهرة جراحيا .

وفي عام (١٨٤١) تم علاج (٢٠٠) حالة تقريبا جراحيا في فرنسا ، وفي نهاية هذه السنة أطلقت صيحة تحذير واعترف من سمع بتلك الطريقة العلاجية بالخطأ .

واليوم فإن علماء التشريح يختلفون عما سبقوهم فيما يتعلق بالعامل المسبب للجلجة ، حيث رأوا أن الكيان العضوي مرتبط بالسمات البدنية النفسية للفرد ، ولقد اضاف كثير من الباحثين للعوامل النفسية إلى طريقة العمل والنظريات الحديثة للجلجة لا حصر لها الآن . (Dominic 1959 : 951)

معني كلمة لجلجة في الكتب العربية ،

ينور معني الجلجة حول التردد والاختلاط والخفاء ، وهو من الألفاظ المعبرة عن معانيها كالمشقة ، والصلابة ، و الجلجة حيث ينهى تكرار اللفظ عن تكرار المعني . يقول ابن فارس في القاموس " اللام والجيـم اصل صحيح يدل على تردد الشيء بعضه على بعض ، وترديد الشيء " .

(معجم مقاييس اللغة لأبي الحسين أحمد بن فارس ٢٠١ - ٢٠٢)

وضرب لذلك من كلام العرب الأمثال ، قال من ذلك اللجاج ، ومن الباب لج البحر ، وهو قاموسة (والقاموس البحر الأعظم) وكذلك لجته ، لأنه يتردد بعضه على بعض ، يقال : لج البحر اللجاجة وفي الحديث : " من ركب البحر إذا لج لقد برئت منه الذمة " .

واللجاج ، الذي يلجج في كلامه لا يعرف ، واللجة ، الجلجة ، قال أبو النجم ، " في لجة أمسك فلانا عن قل " .

وفي لسان العرب : اللجلجة والتلجلج : التردد في الكلام .

" وفي كتاب عمر الي أبو موسى : تفهم تفهم لما تلجلج في صدرك مما ليس في كتاب ولا سنة ، أي تردد في صدرك وقلق ولم يستقر " .

(لسان العرب ، مادة لج)

معني كلمة لجلجة Stuttering في الكتب الأجنبية :

كلمة (لجلجة) Stuttering تستخدم لوصف تكرارات الكلام Repetitions
Speech وكلمة (العقلة) Stammering تستخدم لوصف التردد في الكلام Hesitant
speech وغالباً ما يستخدم الاثنان بالتبادل ، لكن طبقاً للاستنتاج فإن كلمة لجلجة
تشير إلى الصعوبة اللفظية والتردد في الكلام ، فينتج عنها عجز في المحادثة Defective
conversation وكلمة (عقلة) تشير إلى مظاهر القصور في التشكيل Defect of
articulation ولذلك لا ينبغي أن نخلط بين كلمة (لجلجة وعقلة) .

كما أن كلمة (العقلة) تعتمد على الأداء Performance وكلمة (الجلجة)
تعتمد على الاضطراب الانفعالي Emotional وتستخدم كلمة Stuttering بطريقة
شائعة في الولايات المتحدة ولكن في بريطانيا تستخدم كلمة Stammering (The
New Encyclopedia Britannica. 1991, 102)

ويري مايكل اسبر وورزجلهفورد (1983:93) Espir and Gliford أن لفظ
لجلجة Stuttering تشير إلى اللجلجة في شكلها الحاد أي عندما يكون لأعراض اللجلجة
خلفية مختلفة من ناحية الأسباب ، ولقد أشار إلى أن مصطلح Stammering
Stutteing يستخدمان كمترادفين .

أولاً تعريف اللجلجة :

كثير من الباحثين اهتموا بإعطاء معنى للجلجة على أساس أنه اضطراب يؤثر على إيقاع الكلام ، حيث يتميز نمط الكلام بالإطالة الزائدة ، وتكرار الأصوات والمقاطع والتمزق ، والإعاقات الكلامية التي يبدو فيها التلجلج وقد اختنق الكلام في حلقة بالرغم من الجاهدة والمكابدة من أجل إطلاق سراح لسانه ، وهم بذلك يرون أن اللجلجة : هي عدم قدرة الفرد على إتمام العملية الكلامية على الوجه الأكمل .

ويعرف ونبل جونسون . (Johnson 1955:31.32) اللجلجة موضوعياً Objectively بقوله ، أنها اضطراب يؤثر على إيقاع الكلام تتمثل في توقف متقطع أثناء الكلام وتكرار تشنجي للأصوات Convulsive repetition of a sound وتصف باريارا دومينيك (Dominick 1959:950) اللجلجة بأنها اضطراب في تنطق الكلام بسلسلة Smooth flow of speech بسبب أزمات توقفية وتكرارية Tonic and clonic spasms مرتبط بوظائف التنفس والنطق والتشكيل (الصياغة) .

يري توماس شيشيل (Schiebel 1975:1665) اللجلجة عبارة عن إطالة الصوت أو للقطع اللفظي وتكرار لجزء من الكلمة أو للكلام السوي المصاحب لسلوك حركي غير ملائم وغير متوافق .

ويعرف مايكل أسبيروروز جليفورد (Espir and Gliford 1983:93) اللجلجة على أنها اضطراب في الكلام لدرجة تجلب الانتباه ، وينعكس تأثيرها على كل من للسمع والتكلم معا لتمزق الإيقاع الطبيعي للكلام Interruption in the normal rhythm of speech بسبب وجود التكرار اللاإرادي Involuntary repetition والتوقف والإطالة للأصوات .

كما يعرف بهرت راج (Raj : 158 : 1976) اللجلجة على أنها الأخطاء التي تكون - إلى حد ما - خطيرة حيث أنها تعوق عملية الاتصال Communicative process وذلك عندما يتقطع اتسياب الكلام بصورة غير طبيعية مثل التكرارات

او اطلاق بعض الحروف لدرجة تجنب انتباه السميع للكلام اكثر من انتباهه لضمون الكلام .

ويقرر ميريل مورلي (Morley : 429 : 1972) انه قد تم وصف اللجاجة بواسطة العديد من العلماء بدراسة هذه الظاهرة كتردد في الإيقاع للكلام المنتظم، او تقطع في إيقاع الكلام مع تشنجات في آلية الكلام ، وهي شكل من اشكال التوتر العصبي الذي يؤثر في سلامة الطلاقة اللفظية .

ويري جونسون Johnson انه يؤكد على جانبي الصورة ويقدم تعريفاً ذاتياً لاستكمال التعريف الموضوعي للجاجة فيقول : " اللجاجة هي خبرة صراع نشأ من رغبة للتلعج في التحنن مقابل الرغبة في تجنب اللجاجة المتوقعة Expected Stuttering .

هنا نجد وتدل جونسون Johnson رأي أن اللجاجة هي حالة صراع تدور دائماً داخل الفرد بين رغبة التلعج في الكلام لكي يتواصل مع الآخرين ، ورغبته في الصمت خوفاً وخجلاً من حدوث اللجاجة ، وغالباً ما يكون ضحية للشعور بالعجز والخوف مما يؤدي بالفعل إلى حدوث اللجاجة .

ويقدم اتوفينغل (١٩٦٩ ، ٥٢٩) تعريفاً فيقول ، " إنها نتاج صراع بين ميول مختصة ، فالريض يكشف عن انه يرغب في أن يقول شيئاً ومع ذلك لا يرغب في أن يقوله ، وحيث انه يقصد شعورياً إلى أن يتكلم فالإيد وأن يكون لديه سبب لا شعوري حتى لا يرغب في الكلام ، ويرجع هنا بالضرورة إلى دلالة لا شعورية للكلام إما للشيء الخاص الذي سيكون عنه الحديث وإما لعملية الكلام بصورة عامة .

هناك وجهة نظر أخرى بخصوص اللجاجة بوصفها سلوكاً مكتسباً بالتعلم يعتدقها جوزيف شيهان (Sheehan : 125.126 : 1958) فهو ينظر إلى اللجاجة على أنها تحدث نتيجة وجود صراع بين رغبتين متعارضتين — رغبة للتلعج في الكلام وفي الوقت نفسه رغبته في الامتناع عن الكلام .

ويرجع الرغبة في عدم الكلام إلى الإحجام المكتسب Learned avoidance أو إلى دوافع لا شعورية unconscious motives وطبقاً لوجهة نظر شيهان Sheehan التي ترى أن اللججة تبدأ عندما يصل كلا من الليل إلى الكلام والرغبة في الإحجام عن الكلام إلى مستوى التوازن ، وبعد ذلك يتمكن المتلجج من مواصلة الكلام ، لأن ظهور اللججة يعمل على تخفيض دافع الخوف ، ويستطرد شيهان Sheehan مفسراً السبب في ذلك ، أنه أثناء حدوث اللججة يقل دافع الخوف لدرجة يختفي معها الصراع بين الرغبة في الكلام والرغبة في عدم الكلام ، أي اختفاء تحاشي الكلام الذي يحركه الخوف ، ولكن لسوء الحظ تستمر سيطرة الصراع بين هاتين الرغبةيتين المتعارضتين في مواقف الكلام التالية ، ومن ثم يميل سلوك اللججة إلى أن يكون سلوكاً متكرراً .

وفريق آخر من الباحثين يرون أن اللججة تتم وفق مراحل معينة ، وتتلخص وجهة نظرهم في أن عدم الطلاقة اللفظية ظاهرة بين صغار الأطفال حيث أن غالبية الأطفال في بداية تعلمهم قد تظهر عليهم بعض الترددات والتكررات العادية في كلامهم وأن الوالدين أو المحيطين بالطفل هم أول من يشخص هذه التكررات على أنها لججة ، وأن الطفل مصاب باللججة ،

وحين يطلق على الطفل هذا اللقب تنقيد حركته في الكلام بمجموعة من مشاعر القلق والخاوف من جانب الوالدين ، ومن ثم تنعكس تلك المشاعر على الطفل ، ويصبح قلماً متوتراً وخائفاً من الفشل في نطق الكلمات ومن ثم يصبح متلججاً .

فيري بلويشتين (1969 : 21.23) Bloodstein أن اللججة تمثل درجة قصوى من أشكال عدم الطلاقة العادية Normal non-fluency كما أنه ناقش العلاقة بين التقطعات الكلامية Speech-interruptions للأطفال الصغار باللججة والتقطعات الكلامية لغير المتلججين ، ولقد وجد من خلال ملاحظاته أن التكرار الجزئي للكلمة وتكرار الكلمة والإطالة الصوتية Sound-prolongation موجود في كلام الأطفال المتلججين مثلما هو موجود في كلام غير المتلججين مع الاختلاف في درجة الإعاقه ولقد قلنته بحونه في اللججة وخبراته إلى الاعتقاد بأن اتجاه المتلججين تجاه تلك الأعراض بعد البعد الرئيسي للججة فإن القلق ، وتوقع اللججة Anticipation of stuttering والاعتقاد الداخلي بصعوبة الكلام ، كل هذا يؤدي لاستمرار ورسوخ اللججة ، كما يعد من العوامل الرئيسية التي تساعد على استمرار اللججة .

ويقدم بلونشتين Bloodstein خمسة اطوار تمثل تطور اللجلجة لدى الفرد .

- المرحلة الأولى ، تتميز بتكرار الكلمات الصغيرة تزداد في مواقف الضغط Stress Situations لكن مع نقص في الجانب الانفعالي والادراكي من ناحية الطفل تجاه لجلجته .

- المرحلة الثانية ، تتميز اللجلجة بالاستمرارية وتزداد في اوقات الإثارة ومع ذلك لم يكف أو يعاق كلام الطفل بسبب اللجلجة .

- المرحلة الثالثة ، تظهر مع طفل للنurse الأكبر سناً حيث يكون مدركاً للمواقف الصعبة وبالتالي بدأ يتهج بعض الوسائل الخاصة به لتجنب بعض الكلمات أو المواقف التي يخشاها .

- المرحلة الرابعة ، يصبح الطفل متلجلجاً حيث يوحّد التوقف والخوف وتجنب مواقف الكلام مع ظهور علامات الخوف والإحراج على الطفل المتلجلج

- المرحلة الخامسة ، تتعلق بالراشدين المتلجلجين حيث يبتكر المتلجلج وسائل بعالج بها لجلجته مفضلاً ذلك على التحسن الحقيقي فهو نفسه مدرك لمشكلته .

ولقد اعطى وينجات (Wingate : 488 : 1964) تعريفاً للجلجة أكثر شمولاً حيث فسّر معنى كلمة لجلجة من خلال ما يحدث للفرد المتلجلج أثناء عملية اللجلجة ولن هذا الاضطراب لا يبدو فقط في القصور اللفظي للمتجلج وإنما يتعداها إلى الجسم كله ، فتبدو للظاهر الجسممة النمطية التي تعبر عن مجاهدة الفرد للتغلب على إعاقته الكلامية، فيبدو الفرد في حالة من القلق والتوتر العام .

ويوضح وينجات Wingate معنى كلمة لجلجة من خلال ثلاث نقاط هي ،
١ - اللجلجة هي تقطع في طلاقة التعبير اللفظي يتميز بالتكرارات والإطلاات لحروف أو مقاطع الكلمات ويحدث هذا بصورة متكررة ولا إزادية .

٢ - وجود بعض المظاهر الجسمية للصاحبة لهذا الاضطراب الكلامي تتسم بالانتمائية وتعبر في الوقت نفسه عن مجاهدة الفرد للتغلب على عيبه الكلامي .

٣ - ظهور بعض الانفعالات للصاحبة لهذا الاضطراب مثل الخوف والارتباك والإثارة والتوتر .

هناك فريق آخر من الباحثين أعطوا تعريفاً على أساس أنها نتيجة حتمية للقلق والخوف الذي يمتلك الفرد والخوف من عدم مقدرته على إتمام العملية الكلامية بنجاح ، فالخبرات المؤلمة التي مر بها في مواقف الكلام المتعددة جعلته يتصور أن الكلام السلس هو من الأمور الصعبة ، لذلك فهو يتوقع حدوث اللجاجة على الرغم من محاولته بذل الجهد لتجنبها .

وندل جونسون (182 : 1956) Johnson يعرف اللجاجة على أنه شكل من أشكال السلوك المكتسب Learned Behavior حيث يؤكد أن الأطفال للتجلبج هم في الحقيقة أطفال عاديون ، ويعرف اللجاجة على أنها : رد فعل لتجنب اللجاجة يتسم بالتوقع anticipatory والخوف والتوتر الشديد Hypertonic بمعنى أن اللجاجة هو ما يفعله الفرد عندما ،

- يتوقع حدوث اللجاجة .

- يخافها (يرهبها) .

- يصبح متوتراً توقعاً لحدوثها .

يحاول أن يتجنبها ، ثم ما يفعله منه لتجنب اللجاجة يتساوى مع توقف الكلام توقعاً مكنياً أو جزئياً .

كما يعرف أوليفر بلودشتين (573 : 1986) Bloodstein اللجاجة بأنها اضطراب كلامي يتسم بالتوقف والتقطع في تدفق الكلام بسلاسة ويضيف بلودشتين أن اللجاجة كاضطراب تختلف عن الترددات Hesitations والوقفات الكلامية لغير المتجلبجين ، حيث أن هناك فرق أساسي هي للشاعر التي تقتاب للتجلبج مثل الخوف والقلق والشعور بالخزي والتوتر العضلي الذي يؤدي إلى فقدان التحكم في أعضاء الكلام .

تعقيبا

لقد ذكر الكثير من العلماء والمهتمين بدراسة ظاهرة اللجاجة انها تحد ظاهرة مرضية غاية في التعقيد حيث إن لها العديد من الأسباب في علم الأمراض .

وتقول باربارا دومينيك (1959: 950) Dominick : أن العديد من المهتمين ببحث تلك المشكلة قد أضلوا لها الكثير من التعقيد والتشويش ، ولذلك لا غرابة ان نجد هناك وجهات نظر مختلفة من قبل العلماء المهتمين بدراسة اللجاجة في تعريفهم لهذه المشكلة ، فمنهم من نظر إلى اللجاجة على انها اضطراب يصيب إيقاع الكلام فيؤثر على قدرة الفرد على إتمام العملية الكلامية على الوجه الأكمل ، ويتميز هذا الاضطراب بتكرار ومقاطع الكلام والإصالة الزائدة والإعاقات الكلامية .

وفريق آخر نظر إلى اللجاجة على انها حالة من القلق والخوف حيث ان الخوف من اللجاجة يولد لدى الفرد الكثير من الإعاقات التي تظهر في بعض المؤلفات الكلامية معمرة عن حالة القلق والتوتر ، وبذلك يجد المصاب باللجاجة نفسه ينور في حلقة مفرغة .

وبعضهم قرر أن اللجاجة ما هي إلا عملية صراع ، ويقع للتلعج فريسة لعملية الصراع هذه بين الرغبة في الكلام وفي الوقت نفسه الرغبة في عدم الكلام ، وتكون النتيجة شعور للتلعج بالعجز والخوف من العملية الكلامية حيث يصبح الكلام السلس أمرا بالغ الصعوبة .

وقد أولي بعض الباحثين أهمية بالغة بالطفل في بداية تعلمه للكلام وعدم إصدار حكم على الطفل أنه مصاب باللجاجة من قبل الوالدين لجرد ظهور بعض التكرارات أو اللجالات الخفيفة أثناء تعلمه للكلام ، وفي هذا يقولون : "إن اللجاجة تقع في أذن الأم أولاً ، وليس في فم الطفل" بمعنى عدم إظهار مشاعر القلق والخوف تجاه كلام الطفل حتى لا ينعكس ذلك على الطفل ، وتتطور اللجاجة العادية إلى لجاجة حقيقية عندما يتجنب الطفل مؤلف الكلام مع ظهور علامات الخوف والحرص عليه .

ثانياً : مظاهر اللجاجة

التكرارات : Repetitions

يري بيتش وفرانسيللا (1968 : 345) Beech & Fransella ان التكرار يعد من أهم السمات المميزة للجلجة حيث إنها أحد أعراض اللجاجة الأكثر شيوعاً خاصة عندما تحللت عدة تكرارات بالصوت نفسه بالتتابع للدرجة تلفت انتباه المستمع والتكرار ، يكون لبعض عناصر الكلام مثل ،

١. تكرار حرف Sound معين مثل الحرف (n) في العبارة التالية ،

د . د . د . دلوقت ساذهب إلي n.n.n.now I am going to

٢. تكرار للمقاطع اللفظية whole syllable مثل لتقطع (un) في العبارة التالية ،

فا . فا . فا . فاذلة un.un.un.under

٣. تكرار للكلمة word مثل كلمة but في العبارة التالية ،

لكن - لكن - لكن - لكن انظر but- but- but- but look

٤. تكرار للعبارة phrase بأكملها مثل عبارة دعني let me

دع - دعني - دعني اري let-let me-let me see

(Starkweather 1983 : 354)

ومع أن التكرارات تعتبر من الأعراض المميزة لوجود اللجاجة ، إلا أن تكرار العبارات والكلمات والمقاطع يعد شائعاً بين الأطفال الصغار جداً ، وقد يكون مؤشراً لوجود اللجاجة .

فلقد أوضح ميريل مورلي (Morley : 1972 : 430) أن الأطفال الذين يتراوح

أعمارهم من (٢ - ٥) سنوات يتسم كلامهم بالترددات والتكرارات للمقاطع اللفظية

وكذلك العبارات . وأجريت دراسات إحصائية لهذا الموضوع وتبين لهم انه إذا كان متوسط التكرارات (45) مرة لكل (١٠٠٠) كلمة تعبر تكرارات طبيعية .

ويؤكد إدوارد كونتر (164 : 1982) Conture هذه الحقيقة بقوله ان التكرارات تؤخذ في الاعتبار على انها لعلجة عندما تصل إلى نسبة ٥ ٪ من حاصل الكلام الكلي للطفل . ويضيف كونتر بان هناك وجهة نظر طبية ترى انه ليس فقط درجة تكرارات الكلمات وحدها هي المؤشر لوجود الاضطراب ، ولكن الأهم هو طبيعة هذا الاضطراب ، معنى ان الطفل يعبر متلعججا إذا اتسم كلامه بتكرارات للكلمات وللفصح اللفظية ، وإطالات صوتية وكذلك حدوث الإعاقات الداخلية .

الإطالات prolongations

هناك شكل تشخيصي آخر وهام للعلجة هو الإطالات الصوتية prolongations Sounds حيث يطول نطق الصوت لفترة أطول في الحروف المتحركة .

ويعد إطالة الصوت شكلا هاما لهذا النوع من الاضطراب الكلامي ، حيث انه من النادر وجوده في كلام غير التلعججين . حيث يؤكد بيتش وهرانسلا Beech and Fransella (1968) ان الإطالات تعبر شائعة جداً بين التلعججة من ذلك دلالة تشخيصية مقبولة ، وذلك بسبب قلّة حدوثها بين الأفراد ذوي العلاقة اللفظية .

لكن من الثمر ان الأفراد غير التلعججين يميلون لإظهار هذا النوع من الاستجابة الكلامية (الإطالات) تحت ظروف التغذية المرتدة للتأخر delayed auditory feedback وتنفرض تلك الملاحظة ان الاضطرابات الكلامية التي تنتج تحت ظروف التغذية للرتبة السمعية تختلف عن الاضطرابات الوجودية لكي التلعججين مثل التردد والتكرار ، بالإضافة إلى أن الآليات المرتبطة بإنتاج الإطالات سواء بواسطة التغذية للرتبة السمعية أو في العلجة تعبر مختلفة .

(Beech and Fransella,1968:70)

ويضيف إيلود كونتر (164 : 1982) Conture أن الإطالات غالباً ما تكون مرتبطة بالمراحل المتقدمة من اللجاجة ، أما في مراحلها المبكرة فغالباً ما ينتج الطفل تكرارات صوتية أو مقطعية أكثر من إنتاجه للإطالات الصوتية .

ويستطرد كونتر موضحاً أنه من الأشياء المعروفة لدى أخصائيي الكلام أن اللجاجة إذا تركت هسوف تتطور من سيئ إلى أسوأ (أي من تكرارات صوتية ومقطعية إلى إطالات صوتية) ولذلك فهم يفضلون التعامل مع الأطفال الذين لديهم تكرارات صوتية ومقطعية حيث تبدوا المشكلة ما زالت في مراحلها المبكرة والحلاج في هذه الحالة يكون أسرع وأضمن .

التوقفات الكلامية (الإعاقات الكلامية) Blockages

هناك شكل آخر للـلجاجة والذي يسبب إحباطاً لكل من المتكلم والمستمع ، وهو متعلق بالإعاقات الصامتة Silent Blocks ويظهر من خلالها عجز للتـلـجـلـج عن إصدار أي صوت على الإطلاق برغم الجهد العنيف الذي يبذله .

وتحدث الإعاقـة الكلامية بسبب الخلاق ما في مكان ما في الجهاز الصوتي تؤدي إلى إعاقـة الحركة الكلامية بالإضافة إلى وضع وضغط مستمر من الهواء خلف نقطة الإعاقـة ولقد يصاحب هذه الإعاقـة توتر وارتعاش في العضلات عند نقطة الإعاقـة. وقد تطول مدة الإعاقـة أو تقصر تبعاً لشدة الاضطراب وبالتالي يتناقص أو يتزايد التوتر العضلي . (Starkweather,1983:356)

ويلاحظ حدوث تلك الإعاقات بصورة متكررة في بداية نطق الكلمة أو العبارة وهي في هذا تشترك مع بقية خصائص اللـجـاـجـة حيث أنه غالباً ما تحدث التكرارات أو الإطالات في بداية النطق.

ولقد جذبت هذه الظاهرة الاهتمام بتنفس الصابيين باللـجـاـجـة وعكفوا على دراسة أعراض التنفس لديهم ولقد لوحظ أن عملية التنفس لدى التـلـجـلـجـين تتم بطريقة مختلفة حيث تؤثر مجموعة من الأشكال التكوينية للتنفس الصدري في إعاقـة تلقى الحديث لديهم .

كما افترض ان الإعاقات الكلامية تحدث خاصة في الكلمات المشددة Stressed words ويبدو ان هذا الافتراض مقبول حيث ان الكلمات المشددة تتطلب جهدا أكبر بالمقارنة بالكلمات غير المشددة . ومن المعروف ان اللجاجة تحدث بصفة خاصة في الكلمات التي يتم التركيز عليها من قبل للتكلم والتي يكررها بشكل واضح . ويبدو ان السبب في ان الفرد يتلجج أكثر في الكلمات للشدة يرجع إلى ان هذه الكلمات تكون أكثر وضوحا في النطق بالمقارنة بالأخرى غير المشددة.

(Klouda and Cooper,1988:4)

ويوضح فرانسيس فريما (1982 : 679) Freema ان حوالي ٩٠٪ من الإعاقات الكلامية تتعلق بالصوت الأول Initial sound من الكلمة وعندما تحدث إعاقة داخل كلمة متعدد المقاطع polysyllabic word فإنها عادة ترتبط بالصوت الأول من المقطع للتطور المضغوط Stressed syllable

المظاهر الثانوية , Secondary Features

يصف ميريل مورلي ، (1972:432) Morley من خلال ممارسته لعلاج مرضى اللجاجة بعض المظاهر التي تبدو على التلجج أثناء الكلام منها رفع الأكتاف وتحريك الذراع ، واحمرار الوجه والعنق ، ثم يتبع هذا إطلاق عدة كلمات .

وأحيانا تكون محاولات الكلام مرتبطة بفهم مفتوح على آخره وبرزو سريع وارتداد للسان مرتبط بانقباض في التنفس respiratory spasm والذي يسبب اختناق ، ويكاد التوتر يبدو على الجسم كله مع حركات أمامية وخلفية تشبه الرقص .

وأحيانا أخرى يكون الانقباض يتألف من إعاقة كاملة لإخراج الصوت مع ظهور صوت حنجري طويل أثناء التنفس ، ثم يتبع ذلك نطق عدة كلمات عند الزفير.

وهذه المظاهر الشاذة للنشاط الحركي تعتبر مصدر متاعب للمتلعج مثل مشكلة الكلام ذاتها حيث أن تلك المظاهر كما رأينا ترتبط بعضلات الوجه والبدن ،

وأوصال الفرد في حركة مبالغ فيها ، وعندما يحدث هذا الاضطراب الحركي يكون عادة مرتبطاً بلحظات صعوبة الكلام ، وكلاً من للعالم والريض يميلان لاعتباره شيئاً ثانوياً يبرز من محاولات نشيطة للتغلب على عدم الطلاقة .

ولكن عندما يتضح أن هذا النشاط الحركي غير ناجح في ضمان عدم التحرر من الإعاقة لكنه يصبح مرتبطاً حتمياً بالتحرر عن طريق الاعتماد على وضعه المؤقت في التتابع للتحرر من الإعاقة ، ولذلك يصبح جزءاً دائماً في عقدة اللجاجة .

وفي مرحلة ما يظهر بوضوح أن التلجج فقد تحكمه الإرادة على هذا النشاط الحركي والذي تم تصميمه وتجهيزه لمساعد في التغلب على مشكلته.

(Beech & Fransella, 1988: 9)

ومن الظاهر الثانوية التي تبدو على التلجج أثناء الكلام ، ما يقول عنه إدوارد كونتر (1982:165) Conture بدرجة اتصال عين التلجج بعين السمع ، حيث يعتبرها مؤشراً لتحديد مدى إدراك الطفل الذاتي لاضطرابه الكلامي . ويستطرد كونتر موضحاً أن الطفل الذي يتحاشى النظر في عين السمع لمدة تصل إلى ٢٥٠ أو أكثر من وقت المحاكمة هو طفل أصبح لديه وعي كامل بإعاقته اللفظية ، وبأن كلامه مختلف عن كلام الآخرين .

هذا بالإضافة إلى أن تلك الظاهر تبدو على التلجج من حركات يندبة أو التي تظهر على وجهه هي بمثابة رد فعل للإعاقات الكلامية وهي تعطي انطباع بمدى الجهد الذي يبذله التلجج أثناء الكلام هذا بالإضافة إلى استخدام التلجج لبعض التراكيبات أو الأساليب بغرض تجنب بعض كلمات يخشاها ويتوقع اللجاجة فيها.

ثالثاً : تفسير اللجاجة

يكنم أصل العلوم في رغبتنا في معرفة الأساليب ، وأصل كل العلوم الزائفة أو المضللة في رغبتنا في تقبل أسباب خاطئة مفضلين ذلك على عدم توافر أسباب على الإطلاق أو في عدم رغبتنا في الاعتراف بجهلنا .

في الدراسات الخاصة باللجاجة تجد عنداً كبيراً من النظريات للزائفة عن تلك الظاهرة ، ففي خلال هذا القرن نجد أن هناك عنداً كبيراً من العلماء يقومون بصياغة هذه النظريات والدفاع عنها ، وهذا التصور في الاتفاق الجماعي يساعد على الإحباط لأن وجود هذا العدد الكبير من النظريات المتنوعة التي تفرح السلوك نفسه قد يسبب اضطراباً ، وهذا ينأت من أن اللجاجة ظاهرة متعددة الوجود .

يقدم لنا فان رير (١٩٧١) تصور عقلي للجبلة بقوله : قد تبدو اللجاجة كالجزء معقد لا حدود له وأجزاء عديدة ما زالت مفقودة ، ولقد قامت كثير من الأنظمة والجماعات والأفراد بتركيب أجزاء من اللغز ولكن ما زالت الأجزاء الحساسة والضرورية للتعريف والإدماج الكلي ناقصة أو لم يتم التعرف عليها .

إن أكثر الأسئلة تكراراً هو (ماذا يسبب اللجاجة) ومعظم الأفراد يعتقدون أن هذا سؤال سهل ومباشر ، لأنهم يعتقدون أنه توجد علاقة مباشرة وسهلة بين السبب والنتيجة ، ولكن بالنسبة للجبلة فإنه من المفيد أن نفكر فيما يتعلق بالأسباب الضرورية والفعالة ومستويات السببية ، فمثلاً الضغوط البيئية الاتصالية قد تكون ضرورية في تنمية اللجاجة ، ولكن هذا وحده لا يحتم كافيًا وقد يتضح أن بعض الشكل الفسيولوجية أو الأرضية تؤثر في التحكم اللغوي الحركي على أنها ظرف ضروري أو مسبب للجبلة ، ولكن أيضاً تلك الحالة قد لا تكون كافية لنمو اللجاجة ، وذلك لأنه لا يوجد سبب واحد ولكنه يوجد عدة أسباب ، أي لا يوجد سبب واحد كاف ولكن عدة عوامل مشتركة .

(Freema,1959 ; 950)

أن اللجاجة تعتبر ظاهرة مرضية غاية في التعقيد حيث أن لها العديد من الأسباب في علم الأمراض حيث تتضمن عوامل تكوينية وكيميائية ، وعصبية ، ونفسية ، وبيئية اجتماعية وسوف نتناول للؤلفة إلقاء الضوء على النظريات التي تطرقت لدراسة ظاهرة اللجاجة في محاولة لمعرفة جوانب هذه الظاهرة والأسباب للؤدية إليها .

١- العوامل الوراثية

وإذا تطرقنا إلى الأبحاث الخاصة باضطرابات الكلام والتي ترجع حدوث ظاهرة اللجاجة إلى عوامل وراثية . نجد أنه كان يعتقد أن هناك علاقة بين تلك الظاهرة والجينات الوراثية ، أي أنها توجد بين أكثر من جيل في الأسرة الواحدة ، ولكن حديثا أظهرت الدراسات عدم وجود أدلة في قوانين مندل الوراثية **Mendelian Inheritance** تؤكد هذه العلاقة ، كما أنهم لم يجدوا جين معين بالذات مسئول عن اضطراب اللجاجة.

في الدراسات التي أجريت حديثا بقسم الجينات الإنسانية في جامعة Yale University الطبية لدراسة أثر الجينات الوراثية في اللجاجة. ولقد أسفرت النتائج عن عدم وجود ارتباط بين اضطراب اللجاجة والجينات للتحية Autosomal أو الجينات السائدة Dominant أو لها علاقة بجينات الجنس Sex Linked .

(Shirley and Sparks 1984 ; 85)

ويستطرد مايكل اسبير وروز جليفورد (1983 : 94) Espire and Gliford ليوضح لنا أن حدوث اللجاجة ربما للأثر الوراثي بالرغم من أنه يتراوح ما بين ٣٦ إلى ٦٥ : خاصة الأقارب من الدرجة الأولى (مثل الوالدين والأخوة) ومع ذلك فهما يعتقدان أن العامل الوراثي هنا لا يكون بالضرورة قائم على العوامل الجينية ، لأن هناك عامل لهم وهو العوامل البيئية للتمثلة في عنصر التقليد وذلك لأن الأطفال من الممكن أن يتعلموا اللجاجة عن طريق التقليد الذي يكون ذا أثر قوى في ظهور اللجاجة .

ويقرر مايكل اسبير وروز جليفورد أن من الأشياء التي تدعو للدهشة أن ظاهرة اللججة أكثر شيوعاً بين التوائم المتماثلة بالمقارنة بالتوائم غير المتماثلة ، بغض النظر عن نوع الجنس (حيث من المعروف أن الذكور أكثر إصابة بالljجة من الإناث) .

نظرية السيطرة للغة ، Cerebral dominance

ومن العلماء الذي أرجعوا ظاهرة اللججة إلى أسباب فسيولوجية ترافيز (1956 : 51) Travis الذي يعتبر رائداً في هذا الاتجاه حيث قدم نظريته القائمة على أساس أن اللججة ترجع إلى عجز في السيطرة للغة ، ولقد بنى نظريته على عدد من الحقائق منها ،

- ١- موجات المخ الثلاثية لدى التلجج تنسم بالتساوي في الشكل والسعة .
 - ٢- أظهر رسم موجات للمخ (EEGS) Electoencephale أن هناك انسجام في نشاط المخ (في كلا النصفين) أثناء اللججة ويحدث عكس ذلك أثناء الكلام الطبيعي .
 - ٣- زيادة كهربيه في حالة المخ الكامنة Brain potentials أثناء اللججة .
- وبوضح ترافيز هذه الحقائق بقوله أن الفرد عندما يتلجج فإن موجات المخ في كلا النصفين تبدو متشابهة وإذا تكلم بطريقة طبيعية (بدون لjجة) فالوجات تبدو مختلفة .
- ويستطرد ترافيز موضحاً أن موجات المخ للتشابهة في كلا النصفين تعتبر غير طبيعية وهذا يعني أن كلا من نصفي المخ ينشطان معاً في وقت واحد تقريباً . مع أن الكلام الطبيعي يتطلب نشاطاً متزايداً من نصف معين عن النصف الآخر .

كما يوضح روانا وليامز (43 ؛ 42 : 1974) Williams أن الجزء الخاص بالسيطرة على عملية الكلام بالمخ مرتبطاً بالجزء الذي يسيطر على حركات اليد ولذلك فهناك قاعدة طبية ترى أنه إذا لرغم الطفل على استخدام اليد التي لم يستخدمها من قبل تؤدي إلى اضطراب الجهاز العصبي الخاص بالكلام مما يساعد

على ظهور اللجاجة . ويتخذ اصحاب هذه النظرية من النتائج التالية تاييداً لوجهة نظرهم .

- انتشار ظاهرة اللجاجة - إلى حد كبير - بين الذين يستخدمون اليد اليسرى .
- شيوع ظاهرة اللجاجة بين التوائم التماثلة الذين يستخدمون اليد اليسرى أدى إلى اعتقاد ان هناك علاقة وراثية بين اللجاجة والتوائم التماثلة واستخدام اليد اليسرى .

ويقرر مايكل اسبير وروز جليفوود (1983 : 97) Espir and Gliford انه بالرغم من ان رسم موجات المخ اظهر ان ايقاع الفا اكثر تناسقا لدى المتلجلج في الجانبين (والطبيعي ان تكون الموجات منخفضة على الجانب السيطر) وهذا يعني عجز في السيطرة لئحية . ولكنهما يؤكدان ان النتائج لم تظهر فروق ذات دلالات قوية بين المتلجلج وغير المتلجلج .

ولما انتقلنا إلى الموسوعة البريطانية (1991:93) Encyclopedia Britannica لتتعرف على ما كتب في هذا الشأن ، فنجدهم يقررون ان السؤال الخاص بما يفعله المخ ليجعل الفم يتكلم واليد تكتب ما زال غير مفهوم تماما ، ورغم العدد المتزايد من الدراسات من جانب الأخصائيين في كافة العلوم بما فيها علم الأعصاب ، وعلم النفس ، وعلم أمراض الكلام ، وعلم وظائف الجهاز العصبي .

ولقد كشفت الدراسات الحديثة أن الإنسان يمتلك مراكز للغة عديدة في الجانب المسيطر من المخ (الجانب الأيسر لشخص يستخدم يده اليمنى) ، ولقد اعتقد سابقا أن الفرد الذي يستخدم اليد اليسرى يكون الجانب السائد لديه هو الجانب الأيمن ، ولكن أظهرت الاكتشافات الحديثة ان هناك مراكز للغة متساوية في جانبي المخ لدى العديد من مستخدمي اليد اليسرى ، وأن الجانب الأيسر للمخ يهتم مسيطر تماما وهذا يعني أنه ليس لديهم عجز في السيطرة لئحية .

تعتبر نظرية روبرت ويست (195 : 44.47) West إحدى النظريات التي ترجع أصل للجلجة إلى الأسباب العضوية حيث يعتقد أن ظاهرة للجلجة تظهر في مرحلة الطفولة بالإضافة إلى أنها أكثر انتشاراً بين الذكور منها بين الإناث .

ولذلك يعتقد ويست West بوجود اضطرابات في عملية الأيض (وهي عمليات الهدم والبناء الخاصة بالتركيب الكيميائي للدم)^(١) لدى التلعجيين ولذلك فهو يعتبر للجلجة نوع من الاضطرابات التشنجية Convulsiv disorders الشبيهة بنوبات الصرع Epilepsy لاشتراكهما في عدة أمور منها ،

- * أنهما من الأمراض التشنجية .
- * أنهما أكثر شيوعاً بين الذكور منها بين الإناث .
- * كلاهما يتأثران بالانفعالات الشديدة .
- * أهمية العامل الوراثي والأسري بالنسبة لكليهما ،
- * كلاهما انعكاس للخوف مما يؤدي إلى حدوث الاضطرابات .

ومع هذا لم يستبعد ويست West احتمال قيام العوامل النفسية psychological factors بدور ما في حدوث هذا الاضطراب لأنه يأخذ بوجهة النظر القائلة بأنه يمكن باستمرار توضيح السببات النفسية للاضطرابات العضوية Organic disturbances .

الأسباب النيورفسولوجية ،

يقرر رونا وليامز (1974 : 41-42) Williams أن نسبة الإصابة بالجلجة بين الذكور أكبر من الإناث بالرغم من أنهم يبدءون تعلم الكلام تقريباً في مرحلة عمرية

(١) الأيض ، هي التفاعلات الكيميائية التي تتم داخل الخلايا الحية لإنتاج الطاقة اللازمة للنشاطات الحيوية (محمد بهالي العسكري ، ١٩٨٧ : ٢٠) قاموس طبي ، مصطلحات أساسية ، القاهرة ، دار الكتب المصرية .

واحدة . لكن عيوب النطق والكلام تعتمد أكثر شيوعاً بين الذكور بالمقارنة بالإناث حيث تصل النسبة من (١ - ٢) إلى (١ - ٨) .

وترجع ظاهرة انتشار اللجاجة بين الذكور بالذات إلى أن عملية تكوين الغمد النخاعي Myelination تتم بشكل أفضل لدى البنات ، هذا بالإضافة إلى أن تكوين الغمد النخاعي تتم في السنة الثالثة أو الرابعة من العمر وعادة ما تظهر اللجاجة لدى الأطفال في هذه المرحلة العمرية بالذات .

وعملية تكوين الغمد النخاعي هي عبارة عن تغطية المحاور العصبية بغطاء واقٍ ، حيث لوحظ أن المحاور العصبية المقطاة تستطيع نقل النبضات بكفاءة وسرعة إلى مراكز الكلام بالتحاق بالمحاور التي لم يكتمل تغطيتها وهذا يؤدي إلى تدفق إنتاج كلام يتميز باختلال الإيقاع والتكرار والتقطع .

(Berry and Elsenon, 1956 : 573)

كما أوضحت نظرية عضوية أن للمتلعجين نوع منحرف من الإدراك السمعي والذي بواسطته يسمعون كلامهم بتأخر جزء من الثانية وهذا مبني على الملاحظة التي ترى أن المتكلمين الطبيعيين يلججون غالباً عندما تتأخر التغذية المرتدة السمعية .

والتغذية المرتدة السمعية Auditory Feedback تعمل على تسهيل وتنظيم دورة الكلام وإعادة الدورة لوجعات الكلام في نافذة التغذية المرتدة السمعية وأن تأخير التغذية المرتدة يعمل على تكرار وحدات الكلام كما تؤدي إلى اضطرابات الكلام بصورة عامة . (Yates, 1970 : 110)

وبناء على هذا يفترض شيري وسايزر (١٩٨٥ ، ٢٧٥) أن عملية إخراج الكلام تحتوي على دائرة مغلقة للتغذية المرتدة التي يراقب بها المتكلم صوته ويراجعه وعندما تتأخر تلك التغذية المرتدة يحدث تكرار للصوت ويعمل إلى الاستمرار لا إرادياً .

وتختلف وجهة نظر دومينيك (592 : 1959) Dominick حيث ترى انه لا توجد محاولات ناجحة للوصول إلى أصل اللججة من خلال الفحوص الجسمية والدراسات العملية والبيوكيميائية ، ولم توضح الاختبارات العصبية للمصابين باللججة تورط العصب العضلي المحيطي أو أي اضطراب باثولوجي pathologocal disturbances لأعضاء الكلام ، ولقد أظهر جهاز رسم موجات الدماغ انه لا يوجد شكل محدد للججة فلقد أظهر فقط أن التلجج يعتبر شخصا خجولا متوترا ولديه بعض القصور في الكيان الحركي كما اتضح أن هذا الاختلاف يبلو أنه يرجع إلى الاضطرابات الانفعالية .

لذلك ترى دومينيك أن السبب في ظهور اللججة يكون تركيبة من عوامل عضوية نفسية تحدث في نفس الوقت تقريبا منها :

- ١- الافتراض بوجود أسباب صحية تعرض الفرد لاختلال انفعالي واضطراب لفظي وحركي .
- ٢- الضغوط الوالدية التي تركز على الاختلال العضوي وتؤثر فيه أثناء محاولات الفرد التعبير عن ذاته .

نظرية استمرارية اللججة , perseverative theory of stuttering

هذه النظرية لا تعتم نظرية عضوية Organic theory مثل نظرية ويست ولكنها تفترض وجود عنصر أساسي وهام يؤدي إلى حدوث اللججة .

يفترض جون ايزنسون (223 : 1958) Eisenson أن العامل الأساسي الذي يفرق بين التلجج وغير التلجج هو مجموعة من العوامل التكوينية constitutional بمعنى أن التلجج تكون لديه مجموعة من الأنشطة العقلية أو الحركية تؤدي إلى قابلية الاستمرار لأعراض اللججة مدة أطول دون القدرة على التعبير حتى بعد اختفاء اللثر ولهذا ينظر إلى اللججة على أنها نشاط مستمر.

٢- تفسير اللجلجة تبعاً لعوامل نفسية :

تفسير مدرسة التحليل النفسي لظاهرة اللجلجة ،

يرى علماء النفس الذين ينتمون لهذه المدرسة ومنهم أتوفينخل (١٩٦٩) ان التحليل النفسي لرضى اللجلجة يكشف عن عالم الرغبات الاستية السادية كاساس لهذا العرض حيث ان وظيفة الكلام لدى للتجلج لها دلالة استية سادية عند للتجلج وهذا يعني ان الكلام يمثل :

اولا : إخراج الكلمات البذيئة وخاصة الاستية .

ثانيا : فعل عدواني موجه للسامع أي رغبة في إيذاء الخصم .

أما بالنسبة لكون الكلام هو فعل عدائي موجه للمستمع حيث يعتقد أن التجلج غالبا ما يبدأ في اللجلجة عندما يكون متحمساً لإحداث شر ، ولكن وراء هذا الحماس يكون هناك نزعة عدوانية أو سادية للرد بها تدمير خصمه بالكلمات .

ولهذا يعتقد أن درجة اللجلجة تشدد وتزداد لدى للتجلج أثناء وجوده مع شخصيات كبيرة ممثلة للسلطة ، أي في حضرة ووجود والديه .

ولهذا يرى أتوفينخل (١٩٦٩ ، ٥٣٠ - ٥٤٠) أن هناك ثلاث حفرات تلعب دورا في ظهور عرض اللجلجة وهى :

١ - الحفرات الذكرية ،

بتضح الدور الذي تلعبه الحفرات الذكرية من ارتباط وظيفة الكلام بالوظيفة الإنسانية لا شعوريا خاصة الوظيفة الإنسانية للذكر وهذا يعني أنه إذا تكلم للرد فهو مقتدر جنسيا والمعجز عن الكلام يعني الخضاء ، وبذلك يمكن ترجمة الصراعات التي تدور حول فكريتي القدرة الجنسية والخضاء في ظهور عرض اللجلجة .

٢ - الحفزات للفهمية :

هنا يوضح أن الكلام في معناه وظيفة فهمية تفسيرية واللغة الشبكية في الكلام هي في ذاتها شبكية فهمية تفسيرية ، واضطرابات الكلام ترجع إلى ما يتعرض له اللفظ القمي التنفسي ، وهذا يعتبر عاملا هاما في نشأة هذه الاضطرابات ، وأحيانا ما تعني الكلمات التي ينبغي والتي لا ينبغي النطق بها في أعماق مستوى الموضوعات المستدخلة بالتلجج يحاول لا شعوريا ليس فقط أن يقتل بالكلمات بل أنه يميل إلى قتل كلماته لأنها تمثل موضوعات مستدخلة .

٢ - الحفزات الاستعراضية :

ترجع أهمية الحفزات الاستعراضية إلى وجود الصلة بين اللججة والطموح ويظهر هذا في الحالات التي يكون فيها الكلام في الجمهور هو وحده الذي يطلق العرض بمعنى أن اللججة القاصرة على الكلام في الجمهور تشبه الأعصاب الأخرى التي تقوم على أساس نزعات استعراضية تم كبتها من قبل (رهبة المسرح - المخاوف الاجتماعية) فالممثل عندما يشعر برهبة المسرح يمكنه أن يقف الأمر به إلى حد النسيان ، بل ربما بالفعل يتلجج ، وفي هذه الحالة اللججة تعني لا شعوريا توقف عن الكلام قبل أن تقتل أو تخلص الآخرين . وتتفق وجهة نظر ترافيز (1956) Travis مع نظرية التحليل النفسي حيث يرى أن اللججة هي عبارة عن إعلان عن دوافع لا شعورية قوية strong unconscious motives يخجل منها التلجج خجلا عنيقا ، ويقع الكبت على التعبير اللفظي عن هذه الدوافع وربما يقع على كل الكلمات والجملة خشية أن تتضمن هذه الدوافع ، وعندما يتلجج الفرد فإن إعاقته الكلامية هذه تمثل حاجزا لما يعتقد أنه يحاول قوله شيء آخر يلج في الخروج على شكل تعبير لفظي سيكون غير محتمل بالنسبة له لو أنه نطق به .

• تفسير المزمعة السلوكية لظواهر اللججة بوصفها سلوكا متعلما ،

Stuttering as learned Behavior

يقبل مؤيدو وجهة النظر القائلة بأن اللججة ما هي إلا شكل من أشكال السلوك المكتسب بالتعلم ، فهم يقبلون بصفة عامة الفرضية التي تقول بأن اللججة اضطراب كلامي Speech disturbance من الممكن أن يحدث لأي فرد ، وقد ذكر وندل جونسون (1955) Johnson وهو واحد مؤيدي وجه النظر هذه البارزين بأنه يؤكد على أن من يسمون بالأطفال للتلعجج هم في الحقيقة أطفال عاديون ولذلك يعرف جونسون اللججة بأنه رد فعل لتجنب يتسم بالتوقع والخوف والتوتر الشديد، ثم يستطرد مفسراً ذلك بقوله : أن اللججة هي ما يفعله التكلم عندما يتوقع أن تحدث اللججة .

- برهبا (يفانها)

- يصبح متوترا توقعا لحدوثها

- يحاول أن يتجنبها وما يفعله للتلعجج في محاولة منه لتجنب اللججة يتساوى مع توقف الكلام كلياً أو جزئياً.

ويفسر جونسون بداية اللججة في الأطفال بأنها تنشأ عن تقدير خاطئ لعدم الصلافة العادية لجميع الأطفال تقريباً يتعرضون في الكلام أحياناً والأباء الذين يفسرون - خطأ - عدم الصلافة العادية على أنها لجة ويظهرون عناية وقلقاً بكلام أطفالهم ، ومن المحتمل أن ينتقل هذا القلق إلى الأطفال ، وعندما يصبح الطفل واعياً بقلق الوالدين بخصوص كلامه ، ثم يبدأ هو نفسه في لماناة من القلق والخوف من مواقف الكلام الذي يؤدي إلى اللججة ، هنا تبدأ عملية اقتران الحالة الانفعالية والقلق والخوف بمواقف الكلام التي تعمم لبقية المواقف للشابهة لتصبح اتجاهها مزمنة chronic attitude ونمطاً معتاداً لدى الطفل .

وهناك وجهة نظر أخرى ترى أن اللججة قد تعزز وتبقي عن طريق وجود بعض المكاسب الثانوية ، فالطفل قد يستمتع بشدة برد الفعل الذي تؤدي إليه اللججة ،

فمثلاً قد يعني من تسميع الدرس في الفصل ، أو قد يستمد فولد مادية أخرى من إعاقته الكلامية speech impediment ولذلك فقد تكون اللججة لبعض الوقت مجزية بالفعل أكثر منها مؤلة . (Berry and Eisensohn, 1956 : 271-273)

* نظرية توقع اللججة " ويسكنر " An Expectancy Theory of stuttering

هذه النظرية تمثل إسهاماً فعالاً في البحث العام الشامل الذي تتبناه عدة نظريات إلى منحي آخر يختلف - إلى حد ما - مع ما سبق حيث يركز ويسكنر Wischner على دراسة واحدة من أهم الملاحظات البارزة التي تدور حول تعديل اللججة وهي التي تسمى الأثر للتوقع Anticipation Effect

يقدم جورج ويسكنر (1956 : 66) Wischner نظريته بناء على الفروض التالية ،

أولاً ، يتم تدعيم سلوك اللججة لارتباطه بانخفاض نسبي لمستوى التوتر والقلق المصاحبين لإزالة الخوف من الكلام . حيث افترض ويسكنر أن الكلمة التي تبعث الخوف تبرز حالة من التوقع (القلق) ، وحيث أن اللججة في الكلمة يدعم بسبب انخفاض التوتر للمصاحب لاستكمال الكلمة التي قد واجه الفرد صعوبة في نطقها .

ويؤكد هذا الافتراض على إمكانية وجود الحلقة المفرغة Vicious في سلوك اللججة والتي فيها يؤدي حدوث اللججة إلى انخفاض القلق والتوتر الذي استدعى بواسطة التأثير (الكلمة المتوقعة أن يحدث بها لججة) ، وبالتالي يحدث تدعيم متوالي لسلوك اللججة.

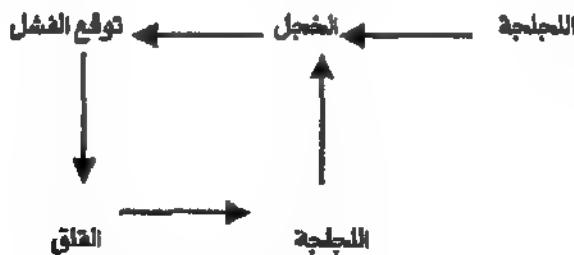
ثانياً ، يظهر للتلعجلون أنماطاً مختلفة من سلوك الأحجام ، وهذه السلوكيات تعتبر مرتبطة بدرجة كبيرة بالكلمة ذاتها ، بمعنى أن للتلعجلين اعتماداً تنمياً مفردات لغوية واسعة وعندما يلتي للتلعجل إلى الكلمة التي يخشاها غيرها بكلمة أخرى بسيطة .

ويضيف ويسكنر أن للتلعجلين يظهرون أنماطاً من سلوك الأحجام أيضاً تجاه بعض مواقف الكلام المواقف الاجتماعية بصورة عامة .

حيث يتم تدعيم سلوك الأحجام عن طريق آلية تخفيض القلق ويستطرد ويسكنر موضحاً أن الكلمة أو الموقف الذي يبرز القلق ، وبالتالي يعود إلى السلوك الأحجامي لتجنب للثير (الموقف الخطير) ، هنا نجد أن انخفاض القلق المصاحب للهروب من الموقف التي يخافها للتلعج تدعيم السلوك الذي يؤدي على الهروب .

ثالثاً ، ان ظاهرة التوقع في سلوك اللجاجة تعني الاعتقاد بوجود ميكانيزم لدى التلعج ، يتم بناءه وتدعيمه ليس على أساس انخفاض القلق والتوتر بل على أساس تأكيد صحة التوقع ، والميكانيزم في هذه الحالة يتم وصفه في خيال التلعج كتأكيد ذاتي Self-Verification لتوقع اللجاجة .

يعتبر ك . موري وآخرون . (145 : 1987) Murray et al من الذين اهتموا بفكرة التوقع كعامل مؤثر وهام في حدوث اللجاجة . حيث يؤكد انه بالرغم من كثرة النظريات التي حاولت تفسير ظاهرة اللجاجة والتي تتراوح بين التفسيرات التي اعتمدت على الأسباب النفسية هي المستولة عن تلك الظاهرة . إلا أنه يستطرد ويقول بغض النظر عن سبب اللجاجة فإن فكرة توقع اللجاجة هي التي تؤدي بالفعل إلى حدوث اللجاجة لأن الفرد عندما يتوقع حدوث صعوبات في الكلام يصبح قلناً إزاء العملية الكلامية ، قبل بدء محاولة الكلام . وبذلك يرى أن توقع الفعل يؤدي إلى القلق ، ومن ثم يؤدي إلى اللجاجة وهذا ما يطلق عليه بالحلقة المفرغة Vicious Cycle ويوضح الشكل رقم (١٠) ما سبق .

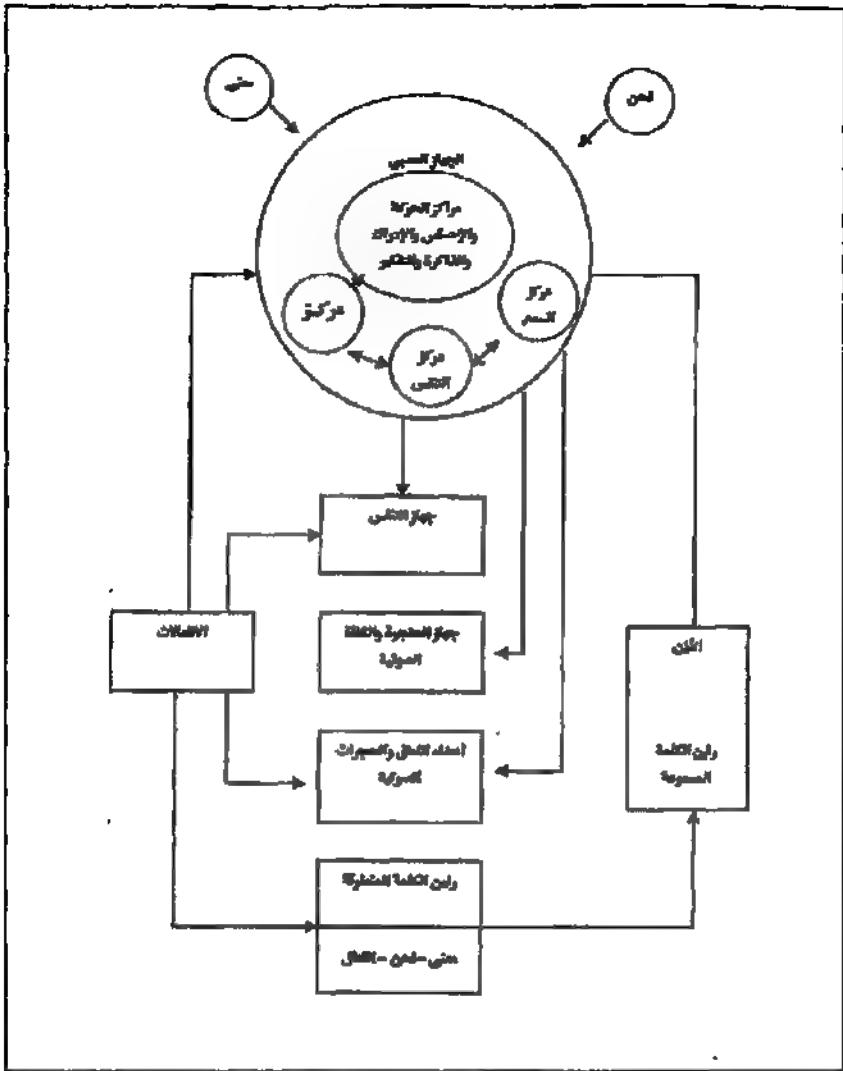


شكل (١٠)

ومما يؤكد لنا ارتباط حدوث اللججة بالتوقع وما يصاحبه من قلق وخوف ما يقرره وفاء البيه (١٩٩٤ ، ١٤٠٦) من أن رنين أصوات الكلمة للنطوقة يتأثر بالحالة الفسيولوجية والنفسية للفرد ، حيث أن هناك ارتباطا وثيقا بين العامل الفسيولوجي والعامل النفسي وكيفية تأثر كل منهما بالآخر .

ويستطرد وفاء البيه موضحا أن الانفعالات المختلفة مثل الخوف والقلق والحزن ... الخ من الانفعالات العميقة تؤثر على فسيولوجية الجهاز العصبي والجهاز التنفسي ، كما تؤثر أيضا على فسيولوجية أعضاء النطق ، والحجرات الصوتية ورنين أصوات الكلمة للنطوقة .

ويوضح الرسم رقم (١١) أثر الانفعالات المختلفة على فسيولوجية أجهزة وأعضاء الجسم التي تعمل عند إصدار رنين الكلمة للنطوقة بعناصرها الأساسية وهي المعني واللحن والانفعال .



شكل رقم (١١)

نموذج يوضح مدى تأثير الانفعالات المختلفة عند إصدار رنين الكلمة
للنطوقة والسموعة بمعاصرها الأساسية وهي للمنى واللمنى والانفعال
(وقاء محمد الهيد، ١٩٩٤، ٧-١٤)

نظرية الصراع ، Conflict theory of stuttering

ينطلق للبنا الأساسي الذي تقوم عليه هذه النظرية من توقع التلعج للصعوبات في نطق الألفاظ والمجهودات التي يبذلها من أجل إخفاء نقص الصلاقة لديه ، وتكون هذه المجهودات ذاتها هي للثيرة أو الباعثة على حدوث اللججة بمعنى أن القلق الذي يصاحب الاستعداد للكلام هو الذي يؤدي إلى حدوث اللججة .

ولقد اتخذ شيهان (126- 125 : 1958) Sheehan من مدحي صراع الإقدام للزوج ليملر Millers Double approach-avoidance أساساً لتفسير نظريته في تفسير اللججة فيقدم لنا الفراضين رئيسيين ،

- ١- تحدث اللججة عندما يصل كلا من الليل إلى أسلوب الكلام - موضوع الصراع - والليل إلى الإحجام عن الكلام إلى مستوى التوازن .
 - ٢- بظهور اللججة يقل الإحجام الناطقي للخوف Fearmotivated avoidance ويتحرر للتلعج من العائق الذي يؤثر على عملية الكلام .
- وبذلك نجد أن شيهان يرى أن صراع الإقدام - الإحجام المزدوج Double approach avoidance يمثل أساس مشكله اللججة حيث يتضمن كلا من موضوعي الكلام والصمت قيمة إيجابية وأخرى سلبية ، بمعنى أن للتلعج يجد نفسه بين اختيارين أحلاهما مر حيث يكون لدى التلعج الناطع إلى الكلام لتحقيق التواصل اللفظي مع الآخرين ، وفي الوقت نفسه لديه دافع الإحجام عن الكلام حيث يتوقع مقبلاً ما تسببه له عدم صلاقتة من خجل وشعور بالذنب .
- كما يرغب للتلعج في أن يكون صامتاً محاولاً إخفاء نقص الصلاقة ، وأيضاً يرغب في ألا يكون صامتاً لأن الصمت يؤدي إلى الشعور بالإحباط والذنب Frustration and guilt وبذلك يصبح للتلعج ضحية للشعور بالعجز والخوف ويتولد القلق الذي يحول بينه وبين صلاقة لسانه .

قدم جوزيف شيهان (136, 137 : 1958) Sheehan خمس مستويات من الصراع الذي يؤثر على صلاقة الكلام وهي :

١ - الصراع المرتبط بمستوى الكلمة word-level

هذا يكون صراع للتالج (كـرغبة في الكلام ورغبة في الصمت) خاصة مع بعض الكلمات بالذات نتيجة ارتباطها ببعض صعوبات النطق التي سبق ان اكتسبها للتالج من خبراته السابقة .

٢ - الصراع المرتبط بالمحتوى الانفعالي Emotional content

يرتبط الصراع بمضمون أو محتوى الكلام لا يتسبب عنه أحيانا من ضغط نفسي يؤثر على المستوى الانفعالي للتالج .

٣ - الصراع المرتبط بمستوى العلاقة Relationship level

يلاحظ أن الصراع هنا مرتبط بنوعية علاقة للتالج بالمستمع حيث يزداد دافع الإحجام عن الكلام لدى بعض الأفراد دون غيرهم .

٤ - الصراع المرتبط بالوقوف التي تحمل هديدا لحماية الـ ego-protective

ففي مثل هذه الوقوف التي يتم فيها تقدير للتالج إما بالنجاح أو الفشل ، نلاحظ أن الضغط النفسي وما يتبعه من قلق وخوف يزداد ويتولد الصراع الذي يحول بين للتالج وملاقة للسان .

٤ تفسير اللجاجة تبعا للعوامل البيئية الاجتماعية :

من الملاحظ أن كثيراً من المهتمين بدراسة اللجاجة أرجعوا هذه الظاهرة إلى عوامل بيئية .

فيعتقد إدوارد كونتر (164 - 163 : 1982) Conture أن البيئة التي ينشأ فيها الأطفال خاصة المحيط الداخلي والخارجي للأسرة وما يتعرض له الطفل من ضغوط تؤثر على قدراته اللغوية. ويستطرد كونتر موضحاً أن بيئة الطفل

الاجتماعية والنزلية خاصة الوالدين لا يسببون اللجاجة بأنفسهم ولكنهم يساهموا في الحفاظ عليها وتطورها من مراحلها الأولية إلى مرحلة اللجاجة الحقيقية .

فقد يجد الطفل بعض الصعوبات الكلامية في بداية تعلمه للكلام بين الثانية والرابعة من العمر ، وهي الفترة التي يلاقي فيها الطفل عادة بعض اللتاغب في السيطرة على مهارت الكلام ، هنا نجد الوالدين غالباً ما يبدون تصريحات ضمنية أو صريحة وبذلك ينقلون إلى أطفالهم تسامحهم تجاه بعض الانحرافات الكلامية في إنتاج الكلام ، مثل التعبير اللفظي غير الدقيق ، أو لبنية لغوية دون المستوى ، أو درجة النطق ، أو الترددات في الكلام ، أو أفكار غامضة وغير ملائمة .

ويعتقد كونر ان القضية ليست الأمور الحدة التي يتناولها الوالدين بالنقد بشكل صريح أو ضمني ، ولكن الحقيقة أنهم وبطريقة روتينية يصححون ، أو يعاقبون ويظهرون استيائهم وعدم تسامحهم إلى آخره من الأفعال التي تؤثر على قدرات الطفل الكلامية وعلى نظرته إلى نفسه .

ويتفق أوليفر بلودشتين (1986:573) Bloodstein مع ما سبق حيث يرى ان الكلام النامي للعديد من الأطفال يتسم ببعض مظاهر عدم الطلاقة حين يتلمسون الطريق إلى الكلمة الصحيحة . هنا ينتقد الآباء تلك العلامات الطبيعية للكلام النامي بتجذرات متنوعة ، والأسوأ أنهم يحاولون تدعيم عدم الطلاقة بتسميتها خطأ لجاجة ، وهذا التداخل الوالدي يربط اللجاجة بمشاعر الخوف والقلق مما يجعل الطفل متلججاً حقيقياً.

وأضاف بلودشتين أن هناك العديد من البحوث لدراسة هذا الاضطراب المحتمل ومن ثم تم التوصية بضرورة إيجاد وسيلة للتخلص منه عن طريق الإرشاد الوالدي للمساعدة في تخفيض عند الصاين باللجاجة .

كما يعتقد بيرى وإليزبنسون (1956) Berry and Elsenon أن تلك الصعوبات التي تقابل الطفل في مراحلها المبكرة من النمو عندما يحاول الطفل التعبير

عن مضاعفه وأفكاره . لفظيا ، وقد يواجه الطفل بمناقسة كبيرة من قبل الكبار الذين يفوقون الطفل ليس في قدراتهم فقط بل وفي ساططهم أيضاً

وبرغم هذا التأثير السابي فإن معظم الأطفال يستطيعون تخطي هذه المرحلة دون أن يصيب كلامهم ضرراً أو ربما القليل من الضرر ولكن نجد أن قلة منهم لا يستطيعون تحمل هذه الضغوط والمتطلبات التي تقع على عاتقهم

ومن ثم فمن المحتمل أن يكونوا من بين أولئك الذين يصبحون متجلبجين ، وقد يتميز هؤلاء الأطفال عن أولئك الذين لا يصبحون متجلبجين في النقاط التالية ،

- عدم القدرة على تحمل الإحباط Tolerance Frustration

- قد تكون بيئة الطفل من البيئات التي تعمل دائما على مقاطعة كلامه .

- قد يكون لديهم استعداد بنيوي constitutional predisposition لعدم الطلاقة أو اللجاجة .

- قد يكون إباء هؤلاء الأطفال ممن يسيئون تقدير كلام أطفالهم أو يكون رد فعلهم تجاه عدم الطلاقة قلما مبالغاً فيه أو عقاباً ، أو كليهما أو يكون هؤلاء الأطفال ممن يتولد لديهم صراع انفعالي داخلي Underlying Emotional Conflict بسبب عدم الطلاقة .

أو ربما يكونون ضحية لعند من العوامل السابقة .

كما تعطي باربارا دومينيك (1959 : 951 - 953) Dominick أهمية كبيرة لنوعية المناخ الأسري المحيط بالطفل على تقدر أنه يسهم بطريقة مباشرة في ظهور اللجاجة لدى الأطفال فتقرر أن البيئة التي ينمو فيها للتلعج تعتبر متشابهة في طبيعتها للبيئة التي ينمو عليها الأشكال العصابية ولكنها تختلف فيما يتعلق بنوعية ودرجة خبرات الفرد واستجاباته نحو خلفية بيئة محيطة .

وحيث أن الفرد يميل دائما إلى تحقيق الذات وتعمية البناء الفردي Constructive individual growth في إعطاء الطفل الفرصة لنمو صحي ، فإنه

يمكنه من أن يتموا نموًا طبيعيًا ، فالأفضل أن تتضمن البيئة مشاعر أصيلة من الحب والود والاحترام حيث أن الطفل يحتاج لأن يشعر أنه مرغوب ومحبوب ومطلوب ومحتاج لكي يشعر بالانتماء.

فإذا حدث نقص في تلك للتضمنات فإن حالة من عدم الاتزان الانفعالي تتولد لدى الطفل ويشعر الطفل بالضعف وعدم الأمان وقد تكون تلك هي النقطة الأساسية التي تنور حولها مصاعبه مع زيادة الشعور بالإحباط frustrations ويتولد لديه الشعور بخيبة الأمل .

فالسبب في حرمان الطفل مما يكفي من الحب والحنان قد يكمن في عدم قدرة الوالدين على توصيل كمية الحب والدفء اللازمة للطفل بسبب مشاكلهم الخاصة ، وقد يتمثل هذا في شكل الإهمال والنقد لطفل غير مرغوب فيه أو التعبير عن ذلك علانية ، ففي حالة الطفل للصاب باللحجة نجد أن مثل هذه العوامل البيئية تبدأ في سن مبكرة عادة بين (٢ - ٤) سنوات فتؤدي إلى ضعف الأنا لدى الطفل ، وتولد لديه القلق والشعور بالعجز والعداء .

ونتيجة لشعور الطفل بكونه مهلهل فإنه سيكون عاجزاً عن تنظيم قواه الداخلية بشكل مناسب ليعيد نظام شخصيته للضطربة كما أن أنشطتهم العقلية والبدنية تعتبر مضطربة بشكل مستمر بسبب عدم تحكمهم في ردود أفعالهم ويظهر هذا الاضطراب في شكل تردد وعدم اتساق ليس فقط في الكلام ولكن في أشكال أخرى عديدة من النشاط النفسي الحركي .

كما يؤكد أوليفر بلودشتين (1986:573) Bloodstein على أهمية العوامل الاجتماعية كمؤثر هام في ظهور هذا الاضطراب . حيث يقرر أن هناك تقارير تثبت أن اضطراب اللحجة نادراً ما يحدث في المجتمعات البدائية وهي غالباً ما تكون مرتبطة بالمجتمعات المتحضرة التي يتعرض الأطفال فيها لكثير من الضغوط من أجل النجاح .

ولقد ذكر فان رير (١٩٧٢) بعض الضغوط الشائعة التي يعتريها من العوامل الهامة المسببة للتمزق اللفظي fluency distraption مثل :

ولقد ذكر ميرلي مورلي Morley العوامل البيئية والشخصية التي من الممكن أن تؤدي للجلجة مثل :

١ - الصدمة للفاجئة Sudden shock

فلقد وجد من خلال سجلات بعض للتلعجيين أن هناك ارتباط بين حدوث صدمة شديدة أو خيرة مخيفة في مرحلة الطفولة وبين ظاهرة الجلجة لدى هؤلاء الأطفال .

٢ - الوعي بالكلام Speech consciousness

قد يثير الوعي الذاتي Self Consciousness التعلق بالكلام بداية الجلجة مثل أن يطلب من الطفل أن يروي قصة في وجود أفراد غرباء أو أثناء احتفال مدرسي، وقد يحدث تعليق على طريقة الطفل سواء بالدح أو السخرية ، ومع أن البعض يستجيب برضا لكن البعض الآخر قد يصبحون مدركين لنواياهم بإفراط ، ويؤدي ذلك إلى إعاقة كلامهم .

٣ - تصحيح العيوب التعبيرية correction of defective articulation

وهي محاولة من قبل الوالدين أو المحيطين بالطفل لتصحيح عيوب الطفل الكلامية أثناء عملية نمو الكلام وقد تؤدي تلك المحاولات إلى شعور الطفل بالإحباط والخوف الدائم من الفشل في الكلام .

٤ - التقليد Imitation

أن الطفل الصغير نادرا ما يدرك عدم الطلاقة اللفظية ولذا فقد يقوم بتقليد لجلجة طفل آخر وقد تحدث لجلجة الطفل نتيجة تقليد لا شعوري لكلام الأب أو طفل آخر في الأسرة يتسم بالجلجة خاصة عندما يوجد استعداد وراثي لذلك .

ولهذا يرى مورلي (444.445 : 1972) Morley أن تلك العوامل السابقة قد تساهم في نمو تدريجي للجلجة ويروي مورلي قصة أحد المرضى البالغين الذي يتكلم عن بداية لجلجته كالتالي فيقول للريض :

قبل دخولي للدرسة لم أصب بأي إعاقة كلامية ، فقد كنت قادرا على الكلام دون أي صعوبة ، وكنت لهش الجميع حينما أقرأ كتابا كاملا من الأغاني المدرسية ، وكان كلامي سليما مثل أي طفل آخر .

و ذات يوم حضر للدرس لأخذ الحضور والغياب بالفصل وبدأ ينادى على اسمي كنت عاجزا عن الإجابة للأسف ذكرتي ليست قوية لا تذكر كيف كان رد فعلي فيما بعد ، لكن المدرسة اكتشفت أنني موجود فأخرجتني في مواجهة الفصل ، وسألتني عن سبب عدم إجابتي على اسمي ، فشعرت بالحرج ، ولم أستطع الرد ، ومن يومها بدأت أتلعج .

ويفسر مورلي Morley ذلك بأنه حدث ضغط نفسي شديد أدى إلى اللجاجة مثل ما يحدث للجنود أثناء فترات الحروب نتيجة للضغوط النفسية الشديدة حيث كان يؤدي إلى حدوث انهيار في الطلاقة اللفظية.

النظرية التشخيصية في اللجاجة : جونسون

Diagnosogenic Theory of stuttering-Johnson

نظرية جونسون التشخيصية من أهم النظريات التي اهتمت بالعوامل الاجتماعية وجعلتها على جانب كبير من الأهمية على افتراض أن اللجاجة ظاهرة تشخيصية

ويقدم ونيل جونسون (62 : 1956) Johnson نظريته على افتراض أن اللجاجة تبدأ عند التشخيص من قبل المحيطين بالطفل حيث يفترض أن معظم الأطفال عادة ما يعانون في بداية تعلمهم للكلام من أنماط الكلام غير العادية ولكن هناك بعض العوامل التي تساعد أو تؤدي إلى تطور هذه الأنماط ولتصبح لجاجة حقيقية.

ولقد حاول جونسون Johnson التأكيد من صحة نظريته فأجرى بعض الدراسات على بعض الأطفال للتلعجين وسؤال أولياء أمورهم عن المظاهر المبكرة

لصعوبات الكلام لدى أطفالهم ، ولقد توصل إلى أن هؤلاء الأطفال الذين يعانون من عدم الطلاقة هم أطفال عاديون بشكل عام ، وأن ما شخّصه الوالدين على أنه لجلجة حقيقية لم تكن إلا اضطرابات عادية .

ولكن قلق الوالدين على كلام الطفل بشكل مبالغ فيه وحرصهم على تصحيح أخطاء الكلام لفت انتباه الطفل إلى أن كلامه غير طبيعي وبالتالي تولد لدى الطفل القلق والخوف من موقف الكلام ، بل ويحجم عنها تحسبا وتوقعا للفشل ، هنا تصبح لجلجة الطفل لجلجة حقيقية .

ومن هذا النطلق بنى جونسون نظريته، حيث تضمنت ثلاث الافتراضات :

الأول ، اعتبار الطفل متلججا من قبل أحد الوالدين أو المحيطين بالطفل

الثاني ، تشخيص الوالدين لكلام الطفل على أنها لجلجة بينما هي صعوبات كلامية تصيب معظم الأطفال .

الثالث ، ظهور ونمو اللجلجة الحقيقية True stuttering بعد التشخيص .

ويؤكد بري وايزنسون (1956 : 283) Berry and Eisenson على هذا الرأي بقولهما أن الوالدين أو المحيطين بالطفل عامة عليهم أن يستمعوا لأطفالهم دون إبداء رد فعل مبالغ حتى لو كان كلام الطفل لجلجة أولية (عادية) فيجب أن يتعلم الوالدين بالصبر ، وأن يتقبلوا طريقة كلامه ، ألا يقاطعوا الطفل أو يأمراه بأن يهبط أو يسرع في كلامه ، وإنما يجب إعطاءه الفرصة للطفل ، لأن يتكلم بأي أسلوب يكون قادرا عليه حتى لا يشعر الطفل بقلق المحيطين حوله على طريقة كلامه ، لأن هذا من شأنه جلب الخوف والقلق للطفل وبالتالي تصبح هذه الإعاقات الكلامية معنومة .

تعييب

وكما يقول فرانسيس فريما (1982 : 675) فإن وجود عدد كبير من النظريات المتنوعة التي تشرح السلوك نفسه قد يسبب اضطرابا ، ولكنها تعتبر قابلة للفهم ، واللجلجة باعتبارها ظاهرة متعددة الوجوه فإن الرجال الذين كتبوا عن اللجلجة لا يختلفون عن الرجال للكفوفين الذين ذهبوا لرؤية الفيل ، ففي تلك الحكاية الرمزية الشهيرة فإن كل رجل قد عثر على جزء مختلف من جسم الحيوان العظيم ، لقد أمسك أحدهم بالذيل واقتنع أن الفيل يشبه الحبل ، وآخر أمسك بالذراع واعتقد أنه مثل الثعبان ، ولقد لف ثالث ذراعيه حول الساق واعتقد أن الفيل يشبه الشجرة ، بينما الذي أمسك بأحد أذنيه فقد أدرك أن الفيل يشبه الروححة الجذلية ، ولقد تتضمن كل تقرير أجزاء من الحقيقة ، وكلهم كانوا على صواب ، ولكن كلهم أيضا كانوا على خطأ ، فإن الرجال الذين كانوا يبحثون عن اللجلجة (والذين مازالوا يبحثون) لم يكونوا مكفوفين ، ولكن كل واحد منهم في مجاله ، فلقد تأثروا بدرجات متفاوتة من الملاحظة الثقافية ، التاريخية ، التربوية .

وترى المؤلفة أنه بالرغم من الاختلاف الظاهر بين النظريات التي تحدثت عن ظاهرة اللجلجة (عند النظريات التي فسرت اللجلجة على أساس جسمي) فلقد لوحظ أن هناك عاملا مشتركا بين الكثير من تلك النظريات ، ألا وهو اعتبار عامل القلق والخوف كمسبب هام وحقيقي وراء حدوث اللجلجة ، أو الباعث على حدوث اللجلجة أي أن القلق الذي يصاحب عملية الاستعداد للكلام هو المؤدي إلى حدوث اللجلجة ولهذا يؤكد شيهان Sheehan أن المصاب باللجلجة يعيش فترة صراع عنيفة فهو يريد أن يتكلم ليحقق التواصل مع الآخرين وفي الوقت نفسه يحجم عن الكلام مخافة أن يظهر عيبه الكلامي أمام الآخرين ، وفي هذا تعبير عن حالة القلق والتوتر التي تعتمل داخل كيان المصاب ، وتؤدي في النهاية إلى حدوث اللجلجة.

ولذا لقينا نظره سريعة على كتابات الذين اهتموا بالعوامل البيئية الاجتماعية كمسببات لحدوث اللجلجة فسوف نجد بعض العلماء يعطون أهمية كبيرة للمناخ الأسري الذي يعيش فيه الطفل .

وتشير باربارا دومينيك (1959) Dominick إلى أن بيئة للتلعجل تشبه إلى حد كبير بيئة الأطفال ذوي الاضطرابات العصبية ، فالبيئة التي لا تعطي للطفل ما يحتاج إليه من مشاعر الحب والاحترام تشعره بالضعف وعدم الأمان ، فيقول لدى الطفل الشعور بالقلق والإحباط مما يؤدي إلى ضعف الأنا وبالتالي يصبح عاجزاً عن تنظيم قواه الداخلية ، ويبدو الاضطراب وعدم الاتساق ليس في طريقة الكلام فحسب وإنما في شخصيته ككل .

ويذكر فان رير (1972) أن تعرض الطفل لضغوط نفسية شديدة من الممكن أن تؤدي إلى اللجاجة ، مثل توقيع عقوبة في مواجهة الآخرين ، أو تسخرية من طريقة كلام الطفل ، أو التصحيح المستمر لعيوبه الكلامية من قبل الوالدين ، فتؤدي إلى الشعور بالقلق والخوف الدائم من الغشل في الكلام .

كما يعتقد ميريل مورلي (1972) Morley أن الضغوط النفسية التي يتلقاها الطفل عندما يطلب منه استخدام اليد اليمنى بدلا من اليسرى يؤدي إلى شعور الطفل بالإحراج ، ويصبح الطفل ضحية الشعور بالعجز حيث أن الخوف من حدوث اللجاجة يولد الكثير من الإعاقات تظهر في المواقف الإنصالية معبرة عن حالة القلق والتوتر التي توجد داخل المصاب باللجاجة .

وفي النظرية التشخيصية نجد أن جونسون (١٩٥٥) يفسر اللجاجة بقوله : هي ما يفعله المتكلم عندما يتوقع أن تحدث اللجاجة فيخاف ويصبح متوترا توقعاً لحدوثها ويحاول تجنبها ومع محاولة التجنب يتوقف الكلام كلياً أو جزئياً ، ويفسر ذلك بأن الأبناء الذين يظهرون قلقاً لكلام أطفالهم - عدم الطلاقة العادية - فقد تنعكس تلك للشاعر على الطفل ويصبح واعياً بالقلق والتعب بخصوص كلامه ثم يبدأ الطفل نفسه في المعاناة من القلق والخوف من مواقف الكلام .

وبالنسبة لنظرية التوقع التي قدمها ويسكتر (1950) Wischner الذي يرى أن تعزيز حدوث اللجاجة يسبب الاقتران الوثيق بتخفيض القلق والتوتر الذي يصاحب إطلاق الكلمة التي يخاف منها للتلعجل ، ومن المفترض أن هذه الكلمة السببة للخوف تنير

حالة من التوقع (القلق) وأن حدوث اللجلجة في الكلمة يتعزز بالإقلال من التوتر الذي يصاحب إطلاق الكلمة ، أي أن هذه اللحظة تعزز حدوث اللجلجة ، ومن ثم تؤدي إلى استمرار سلوك اللجلجة ، وهنا نجد أيضا ارتفاع نسبة القلق والتوتر والخوف من توقع ظهور اللجلجة هو العامل الأساسي والهام في ظهور اللجلجة .

وإذا انتقلنا إلى نظرية الصراع لشيهان (1958) Sheehan نجد أن المبدأ الأساسي ينطلق من توقع للتالجج للصعوبة التي ستقابله إذا ما بدأ في الحديث ، وأن الجهود التي يبذلها لإخفاء عيبه الكلامي تلك الجهود ذاتها هي النمرة والباعثة على حدوث اللجلجة أي أن القلق الذي يصاحب عملية الاستعداد للكلام هو المؤدي إلى حدوث اللجلجة ولهذا يؤكد شيهان أن التالجج يعيش فترة صراع رهيبه فهو يريد أن يتكلم ليحقق التواصل مع الآخرين وفي نفس الوقت يحجم عن الكلام مخافة أن يظهر عيبه الكلامي أمام الآخرين وفي هذا تعبير عن حالة القلق والتوتر التي تعتمل داخل كيان الفرد وتؤدي في النهاية إلى حدوث اللجلجة .

رابعاً : تشخيص اللججة :

تفيد الدراسات إلى أن بداية اللججة تظهر في حوالي ٩٨ ٪ من الحالات قبل سن العاشرة وتقريباً بين الثانية والسابعة من العمر ، وفي البداية يكون الطفل غير واع بمشكلة الاضطراب الكلامي ولذا يرى البعض أن اضطراب اللججة يمر بالراحل التالية :

المرحلة الأولى :

يصعب على الطفل النطق أو التعبير بوضوح أو صلاقة عادية ولكن الاستجابة الكلامية تتسم بالبطء وبكل الجهد الانفعالي من أجل إخراج الكلمات مع عدم حدوث انفجارات صوتية أو تشنجات أو حركات عضوية وهي تتسم بالترددات أو التكرارات السريعة .

المرحلة الثانية :

يجد الطفل صعوبة في نطق الكلمة الأولى بمصاحبه الاستجابات الانفعالية وتغير في قسمة الوجه وزيادة في المظاهر الثانوية التي تبدو على الطفل المتلعج مثل الضغط على الشفتين وحدوث حركات ارتعاشيه أو اهتزازية في الوجه وظهور تشنجات لا إرادية تصاحب نطق الكلمات وبالتالي يجد الطفل صعوبة بالغة في الانتقال إلى الكلمة التالية ولذا يتميز الكلام في هذه المرحلة بعدم الوضوح خاصة في بداية الكلام .

المرحلة الثالثة :

تعتبر من أشد مراحل اللججة صعوبة حيث تبدو في توقف واضح أثناء محاولة الطفل الكلام وتظهر التشنجات في حركة أعضاء الكلام مثل الفك واللسان وعضلات الوجه والأطراف ومن الطبيعي أن يصاحب ذلك مشاعر القلق والإحباط وعدم الثقة بالنفس ، ولهذا فإن حالات الاكتشاف المبكر لحالات اللججة لدى الأطفال من شأنه أن يساعد على تحسن هذه الحالات بطريقة ملحوظة خاصة في الحالات البسيطة

كما أن التدخل المبكر مع الأطفال للتلعجيين قبل للدرسة هو بمثابة وقاية أولية تمنع الاضطراب الكلامي من الانتقال من مرحلة اللعجة الأولى إلى للرحلة الثانية أو اللعجة الزمنة .

ولكي يتم تشخيص اللعجة بطريقة سليمة لابد من التعرف على التاريخ الوراثي للطفل للتلعج ودراسة تاريخه للرضى والجراحي - إن وجد - ومعرفة العديد من المعلومات عن هذا الطفل مثل ،

- تاريخ النمو العام للطفل .

- علاقته بوالديه .

- علاقته بأخوته وزملائه بالدرسة .

- معرفة ما إذا كان يعاني من بعض الاضطرابات النفسية الأخرى مثل اضطرابات النوم أو التبول اللاإرادي أو المخاوف المرضية .

- التعرف على مدى فاعلية مشاركة الوالدين ودورهم الفعال في التفاعل مع الطفل للتلعج .

- التعرف على درجة وشدة حدوث اللعجة ومدى تكرارها .

- التعرف على المواقف التي تحدث فيها اللعجة لدى الطفل ومتى تكون أكثر حدة .

- التعرف على المشكلات السلوكية التي تظهر مع اللعجة كمعدم الطاعة ، العناد ، الانطواء ، الهروب من للدرسة الخ . (Lena Rustin, 1991 : 83)

ولهذا يفضل تقديم نموذج نستطيع من خلاله التعرف على البيانات الهامة المتعلقة بشخصية الطفل للتلعج وهي كالتالي ،

أولاً - بيانات خاصة بالطفل :

- * الاسم :
- * الجنس :
- * السن :
- * تاريخ الميلاد :
- * الصف الدراسي :
- * عدد الإخوة الذكور :
- * عدد الإخوة الإناث :
- * ترتيب الطفل بين الإخوة :

ثانياً ، العلاقات الأسرية :

- ١ - العلاقات بين الأب ولأم :
- (رفض أو إهمال - حماية زائدة - تدليل - تسلط - الأسلوب الديمقراطي)
- ج - العلاقات بين الطفل والأب
- (رفض أو إهمال - حماية زائدة - تدليل - تسلط - الأسلوب الديمقراطي)
- د - العلاقة بين الطفل وإخواته
- (الخبرة - الغضب - سلوك عنواني - الكراهية - التعاون) .

ثالثاً ، المدرسة وجماعة الأصدقاء :

- أ - العلاقة بين المدرس والطفل :
- (استخدام الثواب والعقاب - نقد وتوبيخ - إهمال ونهذ)
- ب - العلاقة بين الطفل وجماعة الأصدقاء :
- (التعاون - الخبرة والتناغم - كراهية الزملاء)
- ج - المواد الدراسية التي يميل إليها الطفل هي :
- د - مستوى التحصيل الدراسي للطفل .

هـ- هل هناك مشكلات نفسية أو اجتماعية تعرض لها الطفل من قبل

١- المدرسين .

٢ - الأصحاء في المدرسة .

رابعاً ، الحالة الصحية للطفل ،

أ - هل الحمل كان طبيعياً ؟

ب - هل الولادة كانت طبيعية ؟

ج - هل الرضاعة كانت طبيعية ؟

د - ما هي أهم الأمراض التي تعرضت لها الأم أثناء الحمل ؟

هـ - ما هي الأمراض الجسمية التي أصيب بها الطفل في سنوات عمره الأولى ؟

و - ما هي العمليات الجراحية التي أجريت للطفل أثناء فترة طفولته ؟

خامساً ، الأنشطة والهوايات ،

أ - أهم الأنشطة التي يميل إليها الطفل ؟

سادساً ، الأحلام واضطرابات النوم ،

أ - هل ينام الطفل نوماً طبيعياً .

ب - هل يشعر بالأرق دائماً أثناء الليل .

ج - هل يعاني من الأحلام المزعجة (الكوابيس) .

د - هل هناك اضطرابات في النوم ؟

(نوم متقطع - مخاوف أثناء النوم)

سابعاً ، المشكلات النفسية :

هل يشعر الطفل بالخوف والقلق من :

(الكلاب - القطط - الضلام)

هل لديه مشكلات بعملية الأكل

(فقدان الشهية - تقيؤ - إغراق في تناول الطعام)

هل لديه مشكلات بعملية الإخراج :

(تبول لا إرادي - إمساك مزمن)

هل لديه بعض العادات السيئة :

(مص الأصابع - قضم الأظافر - لآزمات عصبية)

ثامناً ، بيانات عن المشكلة (للرض) :

* تاريخ ظهور اللجاجة .

* أسباب ظهور اللجاجة .

* نوع اللجاجة .

* الجهود العلاجية التي تبذرت من قبل .

* متى بدأ الطفل يتلجج ؟

* ما هو الموقف الذي تلجج فيه الطفل للمرة الأولى ؟

* هل يوجد أحد في الأسرة يعاني من اضطرابات كلامية أو لجاجة ؟

* هل يكتب الطفل باليد اليمنى أم اليسرى ؟

* متى بدأ الطفل ينطق بكلماته الأولى ؟

★ هل أصيب الطفل بأي أمراض قبل حدوث اللججة مباشرة؟
(حمى شوكية- انفلونزا شديدة - حصبة)

★ اسباب اخرى :

★ ما هي العمليات الجراحية التي لجريت للطفل قبل حدوث اللججة مباشرة ؟
(بشهر او اكثر من شهر) :

★ هل بدأ الطفل يتألمج عندما لاحظ ان امه حامل ؟

★ هل تزامنت بداية لججة الطفل مع ميلاد طفل جديد في الأسرة ؟

★ هل بدأ الطفل يتألمج عندما شعر برعب شديد (خوف) من شيء ما ؟

★ او عندما فقد أحد والديه او أقرانه ؟

★ هل تزامنت بداية اللججة مع تغير في بيئة الطفل ؟

(الانتقال من منزل لآخر)

★ هل تزامنت حدوث اللججة مع سفر أحد الوالدين للخارج ؟

★ هل يوجد لدى الطفل أي عيوب كلامية اخرى؟

(كلام طفلي-تأخر في الكلام- إبدال الحروف-حذف بعض الحروف) .

★ في أي من المواقف الآتية يشعر الطفل بالقلق من الكلام ؟

★ عندما يستثار .

★ عندما يسرع في الأخبار عن حادثة ما .

★ عندما يكون هناك بعض الضغوط الاجتماعية .

★ من أهم الأشخاص التي تزيد لديهم درجة لججة الطفل ؟

بيانات خاصة بالوالدين وكيفية معاملتهم للطفل :

- ١ - اسم الوالدين (الأب) : المهنة :
 - ٢ - اسم الأم : المهنة :
 - ٣ - ما هو المستوى التعليمي للأب :
 - ٤ - ما هو المستوى التعليمي للأم :
 - ٥ - ما هو الأسلوب المتبع لتكاية الطفل ؟
 - ٦ - ما هو الأسلوب المتبع لعقاب الطفل ؟
 - ٧ - هل كان الطفل مرغوباً فيه من قبل الوالدين ؟
 - ٨ - هل توجد لدى الأب أو (الأم) نزعة الإلحاح وروح التدقيق في أمور
الخطاة ؟
 - ٩ - هل تشعرين بقلق شديد على صحة الطفل الجسمية أو النفسية ؟
 - ١٠ - هل يكتب الطفل باليد اليمنى أم اليسرى ؟ وإذا كان يكتب باليسرى ، هل أجبر
على استخدام اليد اليمنى ؟ أم تم ربط يده اليسرى ؟
 - ١١ - حاول أن تصف أول موقف شعرت فيه أن طفلك كلامه غير عادي ؟
 - ١٢ - وبعد الملاحظة الأولية - ماذا كان تعقيبك عليها ؟
- لف وبالراحة .
 - توقف وشوف اللي غلطت فيه .
 - توقف وابدا ثانية .
 - تكلم ببطة .
 - مساعدته فيما يقول .
 - نهزه بشنه أو ضربه .

١٣ - كم مرة كان هذا التعقيب يقال ،

مرة يوميا	٢٥ - ٥
مرة اسبوعيا	٢٥ - ٥
شهريا	٢٥-٥
لا اعرف	

١٤ - عندما يتلجج الطفل - ما هي الحركات للصاحبة للجلعة التي تلاحظها باستمرار ؟

- * يضغضا شفثيه .
- * يغلق عينيه .
- * يخرج لسانه .
- * عينيه تصبح واسعة .
- * يفتح فمه .
- * يهز راسه .
- * يرمش بعينه .
- * يدير راسه إلى جهة واحدة .
- * يدير وجهه .
- * يدير راسه إلى جهة واحدة .

١٥ - ما هو شعورك حيال هذه السلوكيات او (رد فعلك تجاهها) ،

- * تكرهها بقوة .
- * نشعر بالأسى حيالها .
- * عدم اللبالة .

١٦ - ما هي الطريقة المثلى في رأيك للتغلب على اللجاجة ؟

* خفض التوتر لدى الطفل .

* إعطائه تدريبات كلامية .

* تشجيعه على الكلام .

* خفض معدل الكلام .

* علاج نفسي .

* إتاحة الفرصة لزيادة ثقته بنفسه .

* تحضير الكلام وترتيب الأفكار قبل التكلم .

* لا تفعل شيء يلفت انتباه الطفل .

* تكون صبوراً مع الطفل .

* لا ترغم الطفل على الكلام .

* إزالة الضغوط والإحباطات وحل الصراعات .

* الاهتمام بإشباع حاجة الطفل إلى الحب والحنان .

* تتجاهل اللجاجة تماماً .

* لا يمكن التغلب على اللجاجة

إن الاكتشاف المبكر لحالات اللجاجة يتطلب تشخيصاً دقيقاً لدرجة

الاضطراب الكلامي وذلك من خلال بعض المقاييس التي تقيس درجة وشدة اللجاجة لدى الطفل ومنها ما يلي :

ويستلزم Ludlow موضوعاً أن تحديد شدة اللججة يعتمد بشكل كبير على التقديرات لإدراكه للسلوك الكلامي المتلجج عن طريق الأخصائي (المستمع) من أجل قياس شدة الاضطراب ولهذا فإن التركيز سيكون على ما ينبغي للمستمع أن يكشفه وكيف يقدر شدة اللججة وهذا يعتمد على ماهية اللججة والزوايا الخاصة بسلوك اللججة . وقد جرى بناء مقياس ، تقدر شدة اللججة " وفقاً للخطوات الآتية ،

تم الاطلاع على عدد من النماذج الأجنبية التي وردت بها أدوات لقياس اللججة مثل :

أولاً ، مقياس لتحديد شدة اللججة Sevelty Rating Of Stuttering إعداد ميرتيل ترون (1967) . Aron .

ثانياً ، مقياس تقدير شدة اللججة Rating Scale Of Severity For Stuttering إعداد لويس شيرمان (1952) Sherman

ثالثاً ، مقياس خاص بتكرار واستمرار اللججة

Measures of Frequency and Duration of Stuttering

إعداد كوستيلو وإنجهام (1984) Costello And Ingham

رابعاً ، مقياس إدراكي لتحديد شدة اللججة

Perceptual Scaling Of Stuttering Srrerity

إعداد ريتشارد مارتين وآخرون . (1988) Martine et al

تم إجراء عدة لقاءات ومقابلات مع مجموعة من أخصائي ومعالجي الكلام بهدف استطلاع رأيهم والاستفادة من خبراتهم التي ترتبط بكيفية تقدير شدة اللججة والأساليب المتبعة في علاج اللججة .

وصف للقياس ،

تري للؤلفه انه من الأفضل وجود اتفاق جماعي على نوعية السلوك الذي يعتبر جزء من المرض قبل قياس شدة اللجاجة ، ولقد قدمت منظمة الصحة العالمية The World Health Organization في علم التصنيف الدولي للأمراض International Classification of Diseases تعريف اللجاجة بأنها ،

" اضطرابات في إيقاع الكلام والذي من خلاله يعلم الفرد تماما ما يريد أن يقوله ولكن في الوقت نفسه غير قادر على قوله بسبب إعاقات وتكرارات لا إرادية ذات سمة متكررة أو احتباس الصوت " Cessation of Sound

ويعرف وينجات (1964) Wingat اللجاجة " بأنها تلك التكرارات الصامتة والمسموعة للأصوات والمقاطع اللفظية والإعالات المسموعة وللقطعية مما يؤثر على سلامة التعبير .

وعلى هذا يمكن تحديد عدة معايير للجاجة هي ،

١ - التوقف Blocking

ويقصد بها الاضطرابات الكلامية التي يصاحبها التوتر أي التوقف عن نطق الكلمة ، أو المجهود الشديدة لمحاولة نطقها .

٢ - الإطالة prolongation

ويقصد بها إطالة الصوت أو الحرف (مد الحرف) مثل ، ياا يايا .

٣ - التكرار Repeating

ويقصد بها تكرار الصوت أو الحرف ، أو للقطع ، أو الكلمة / مثل ، تكرار الحرف ، ب - ب - ب - ياا .

تكرار للمقاطع با - يا - ياا (Aron, 1967 ; 16)

اختيار قطعتين من الكتاب المدرسي مناسبين لعن الطفل التلجج على أن يتراوح عدد الكلمات في كل قطعه من (٥٠ - ١٠٠ كلمة) حيث سيقوم الطفل بالقراءة الشفوية مرتين أثناء قياس شدة اللججة وبناء على ذلك حننا قطعتين للقراءة حيث يرى ميرتل نرون (1967) Aron أن تكرار قراءة للتلجج لنفس القطعة ممكن أن يؤدي إلى إحدى البعدين الآتيين :

١ - التكيف ، Adaptation

حيث لوحظ أن لحظات اللججة تميل إلى الانخفاض بشكل ملحوظ مع تكرار القراءة الشفوية لنفس القطعة .

٢ - الاتساق ، Consistency

وهو ميل الفرد التلجج إلى أن يتلجج في نفس الكلمات عند قراءة نفس القطعة نفسها وأول من لاحظ تأثير التناسق على اللججة هو جونسون ودوت Johnson & Knot حيث رأيا أن أهمية تأثير التناسق تكمن في إيضاح مدى ارتباط استجابة اللججة بالحافز.

ولقد ضمنت المؤلفه هذا المقياس ثلاث مراحل كالآتي :

للمرحلة الأولى : تقدير اللججة طبقا لقراءة الفرد :

يجلس كل طفل ويقرأ قطعة القراءة الأولى أمام جهاز تسجيل ثم يستمع القائم بالتجربة إلى عينة الكلام مرتين في المرة الأولى يستمع القائم بالتجربة لعينة الكلام ويرسم خطا تحت كل كلمة تلجج فيها الطفل - في قطعة مطبوعة - ويستخدم المرة الثانية لتمثيل التقييم .

المرحلة الثانية :

إتاحة الفرصة للكلام الحر من جانب الطفل في أي موضوع من الموضوعات الشائعة بناء على أسئلة القائم بالتجربة وفيها يقوم باختيار وتقييم كلام الطفل في استجابته لدرجات مختلفة من مؤلف الضغط الاجتماعي وهذه تعرف بطريقة ستوكر بروب Stoker probe Method والتي تم تطويرها للاستخدام مع الأطفال الصغار .

تمتدح كيرستي لودلو (1990 : 290) ان وسائل قياس حجم اللججة ، ينبغي ان تبنى على اساس معرفة حجم اللججة في المواقف الاتصالية او الكلام الاتصالي ولا ينبغي الاقتصار في قياس شدة اللججة على مواقف القراءة الشفوية فقط لأنها تعبر عن درجة الاضطراب الكلامي حيث ان الحكم من خلال القراءة الشفوية لا يعطينا عينة ممثلة للإعاقة الكلامية وبالتالي فمن يكون لها صنفى المحتوى لأفراد عينة البحث وبهذا لا يعطينا للقياس صورة دقيقة عما إذا كان قد تم علاج الاضطراب الاتصالي .

هذا بالإضافة إلى أن الغرض من علاج الفرد التلجج هو مساعدته على التحدث بطريقة طبيعية في المواقف الاتصالية وليس فقط أثناء القراءة الشفوية.

وتم الاستناد إلى هذه الملاحظة عند بناء مقياس تقدير شدة اللججة وبناء عليه فقد تضمن المقياس فقرات تتيج من خلالها الفرصة للكلام الحر من جانب الطفل في موضوع من الموضوعات الشائعة بناء على أسئلة القائم بالتجربة حيث أنه يقوم باختيار وتقييم كلام الطفل في استجابته لدرجات مختلفة من الضغط الاجتماعي وهى ما تعرف بطريقة ستوكر بروب كما عملت المؤلفة إلى قياس شدة اللججة في مواقف فعلية تتم فيها المداينة وحها لوجه بين الطفل وبين أحد أفراد أسرته .

هذا بالإضافة إلى استخدام المؤلفة مقياس " تقعر المواقف المرتبطة بشدة او انخفاض اللججة حيث يتضمن للقياس عدة مواقف يقابلها الطفل التلجج في حياته

اليومية وبالتالي سوف يتيح الفرصة للتعرف على درجة لجلجة الطفل من خلال الاستجابة التي تعبر عن حالته في كل موقف من هذه المواقف .

للرحلة الثالثة ، تقدير اللجلجة بفهامس زمن القراءة ،

يقراً الطفل للقطعة الثانية ، ثم يحدد القائم بالتجربة الوقت عن طريق ساعة ميقاتية طبقاً لعدد الكلمات للتضمنة في القطعة حيث تؤثر لحظات اللجلجة وحجمها في الوقت الذي يستغرقه للتلجج بالمقارنة بالفرد العادي

يرى ميرتل آرون (1967) Aron أن تكرار حدوث مرات اللجلجة قد لا يمثل بالضرورة مقياساً ملائماً يوضح أن هناك تغيير في شدة اللجلجة ولكن تقدير شدة اللجلجة يرتبط بشكل كبير بمقياس تقدير زمن القراءة Reading Rate أي الزمن الذي سيستغرقه للتلجج في قراءة قطعة معينة بالمقارنة بالفرد العادي .

ومع ذلك فالتكرار عدد لحظات اللجلجة ترتبط أيضاً بتقدير شدة اللجلجة ولكن ليس بنفس نسبة تقدير زمن القراءة حيث إن تقدير القراءة يتأثر أكثر بطول التوقيفات أكثر من التكرارات ، وأنه إذا حدث تغيير لدى الفرد في درجة اللجلجة سوف يكون مصحوباً بالتغير في تقدير زمن القراءة أكثر من التكرار

وهكذا فإنه يتضح أن إحصاء التكرارات لا يعتبر مقياساً يعتمد عليه لقياس شدة اللجلجة عندما يستخدم بمفرده .

كما يعتقد ميرتل آرون Aron أنه يجب التمييز بين تعبير تكرار اللجلجة وشدة اللجلجة وأضاف أنه لا يشك في أن حكم التكرار سوف يساهم في التعبير عن شدة اللجلجة ، ولكن لا ينبغي الاعتماد عليه ، أما مقياس زمن القراءة فيعتبر مقياساً ثابتاً Reliable Measure وموضوعياً ودرجاته ترتبط ارتباطاً عالياً بشدة اللجلجة .

ثانياً : مقياس تقدير المواقف المرتبطة بشدة

أو انخفاض اللجاجة لدى الطفل

(إعداد د/ سهر محمود أمين عبد الله)

مقدمة :

هناك بعض الدراسات والبحوث تناولت دراسة اللجاجة في الكلام كظاهرة موقفية ، واصبح هذا الاتجاه سائدا خاصة بعد ان استخدمه اوليفر بلود شتين ، وقام بتطويره وندل جونسون الذي ابتكر قائمة من المواقف الكلامية لكي تستخدم في دراسة اللجاجة في الكلام كظاهرة موقفية .

قامت المؤلفة بإعداد هذا المقياس لتحديد المواقف التي يقابلها المتلعجل في حياته اليومية للتعرف على المواقف التي تشتت أو تخف معها درجة اللجاجة ، وذلك بهدف إعداد أداة لتحديد درجة اللجاجة لتقويم مدى فاعلية الأسلوب العلاجي المستخدم في هذه الدراسة .

وقد جرى بناء مقياس " تقدير المواقف المرتبطة بشدة أو انخفاض اللجاجة " من خلال الإطلاع على عدد من الدراسات الأجنبية التي تناولت دراسة اللجاجة في الكلام كظاهرة موقفية مثل :

اولا ، تطوير وتقييم استبيان لتحديد اتجاهات الاتصال لدى المتلعجلين البالغين ،

Development and Evaluation of Inventory to Assess Adult
Stutters Communication Attitudes

إعداد جيفر ولسون وآخرون (1987) Watson And et al.

ثانيا ، تقدير لمواقف الكلام لدى المتلعجلين ،

Speech Stitnatio Rating for Stutterers

إعداد أبرين شومال (1955) Shumak

ثالثاً : مقياس خاص بنشأة اللجاجة :

The Onset of Stuttering

إعداد وندل جونسون (1959) Johnson

رابعاً : اختبار للواقف للربط باللاججة في الكلام :

إعداد صالعت منصور (١٩٦٧)

خامساً : مقياس متدرج لدراسة للواقف التي تخف أو تختفي فيها اللجاجة في الكلام ،

Rating Scale Study of Condition Under Which Stuttering is Reduced or Absent

إعداد أوليفر بلود شتين (1950) Bloodstein

وقد ساعد هنا للؤلفة على كتابة المقياس بشمولية بحيث تتنوع المواقف لكي تشمل تدريباً جميع المواقف التي تقابل الطفل في حياته الأسرية والمدروسة والاجتماعية ، وإن تحدد أبعاد المقياس في بعض أنواع من المواقف التي يمر بها للتلعج وهي :

- المواقف المدرسية * مواقف الوعي بالذات

- المواقف الأسرية * المواقف الانفعالية .

- المواقف الخاصة بالعلاقات الاجتماعية * مواقف خاصة بالأقران

وسوف يتم توضيح هذه المواقف في الجداول التالية :

جملول (١)

البعد الأول (اللواظف الانفعالية)

العبارة	رقم
عندما يكون هادئاً ومرتاحاً	١
عندما يتكلم وهو غاضب	٢
عندما يكون متعباً	٨
عندما يكون خائفاً من احداً سيؤذيه	١٢
عندما يتكلم مع شخص يخاف عقابه	٢٨
عندما يشعر ان المستمع يتجاهله ولا يستمع لما يقوله	٣٤
عندما يكون سعيداً	٣٥
عندما يتكلم وهو يتكلم من شيء ما	٣٦
عندما يتشاجر مع اخوانه	٤٢
عندما يعاقبه المدرس	٤٧

جدول (٢)

البعد الثاني (لوقوف الأسرة)

العبارة	رقم
عندما يؤنبه والده أمام الآخرين	٤
عندما يريد أن يخبر والده بشيء	٩
عندما يتكلم مع الأم	٣٠
عندما يتكلم مع الأب	٢١
عندما يواجه سؤالاً لفرد في الأسرة	٢٦
عندما يطلب شيئاً من والده ويتوقع رفضه	٢٧
عندما يطلب من والده مصروفاً	٣٠
عندما يتكلم مع أخواته	٣٣
عندما يخبر والده بما قاله له شخص آخر	٢٨
عندما يتكلم أثناء مشاجرة الأب مع الأم	١٨

جدول (٣)

البعد الثالث (للوظائف الاجتماعية)

رقم	العبارات
١٤	عندما يكون مع أشخاص لا يعرفهم
١٥	عندما يتكلم مع شخص يعرفه جيداً
٢٢	عندما يعكس قصة طريفة أمام مجموعة من الغرباء
٢٣	عندما يتكلم مع الطبيب
٢٦	عندما يتحدث في التليفون مع شخص يعرفه
٣٩	عندما يسأله شخص غريب عن اسمه
٤٠	عندما يشارك في الحديث أثناء وجود ضيوف
١٤	عندما يسأله شخص عن تاريخ اليوم
١٠	عندما يحاول جذب انتباه المستمع
١٩	عندما يريد إقناع الآخرين بصحة كلامه

جدول (٤)

البعد الرابع (المواقف بالأقران)

رقم	العبارة
٢	عندما يتكلم في التليفون مع صديق في مثل عمره
٥٠	عندما يلعب مع غيره من الأطفال
٢٥	عندما يتكلم أثناء لعبه مع فريق النادي
٢٢	عندما يتكلم مع طفل من الجنس الآخر في مثل عمره
٢٧	عندما يقدم صديقه لوالده
٤٤	عندما يخرج في رحلة مدرسية مع أصدقائه
٤٩	عندما يتنافس مع طفل آخر في الاستدكار
٥٤	عندما يقرأ مع أطفال آخرين نفس القطعة
٥٥	عندما يوجه نقداً لصديقه على غلطة ارتكبها
٥٨	عندما يتشاجر مع أحد زملائه

جدول (٥)

البعد الخامس (المواقف الدراسية)

رقم	العبارة
٢٩	عندما يوجه سؤالاً لشخص ممثل للسلطة
٤٢	عندما يطلب المدرس فتحة الإجابة على سؤال معين
٤٥	عندما يتكلم مع المدرس بعد انتهاء الدرس
٤٦	عندما يسأل المدرس عن شيء لا يفهمه
٥١	عندما يعتذر للمدرس
٥٣	عندما يهني ملاحظة أثناء شرح الدرس
٥٦	عندما يجيب على سؤال تبعاً لظوره في الفصل
٥٧	عندما يستأذن من المدرس
٦٠	عندما يطلب منه المدرس إعادة جزء من الدرس
٥٠	عندما يكرر جملة بعد الدرس

جعلول (٦)

البعء السادس (اللواقف الوعى بالذات)

رقم	العبارة
٦	عندما يكون متأكدأ مما يريد أن يقوله
٧	عندما يحاول أن يقول جملة طويلة
١١	عندما لا يعرف بالضبط ما الذي سيقوله
١٣	عندما يقرأ بصوت مرتفع بمفرده
١٦	عندما يتكلم بسرعة
١٧	عندما يتكلم به طئي
٢٤	عندما يتكلم لفترة قصيرة (١ - ٢) دقيقة
٤٨	عندما يقرأ بصوت مرتفع أمام زملائه
٥٢	عندما يُسمع قطعة غيبا من الذاكرة
٥٩	عندما يتكلم بطريقة تلقائية في الفصل

تصحيح القياس :

اتبعت طريقة القياس المتدرج في تقدير استجابة كل طفل لكل موقف على

النحو التالي :

- ١- لا لجلجة (١)
- ٢- لجلجة خفيفة (٢)
- ٣- لجلجة متوسطة (٣)
- ٤- لجلجة فوق المتوسط (٤)
- ٥- لجلجة شديدة (٥)

وتساعد هذه الطريقة على الوصول إلى تمييز في استجابات الأطفال لكل موقف كما أنها تمكن من تنظيم البيانات في جداول رقمية يسهل تناولها بالطرق الإحصائية المناسبة.

وصف القياس :

حاولت للؤلفة كتابة عبارات للقياس بشمولية بحيث تنوع المواقف لكي تشمل تقريباً جميع المواقف التي تقابل الطفل في حياته الأسرية والاجتماعية ثم قامت بتجميع هذه العبارات في أبعاد بحيث تؤلف في مجملها أهم المواقف للثيرة للجلجة .

أولاً : المواقف الأسرية :

لا شك - كما ذكرت سابقاً - أنه يكاد يكون هناك اتفاق بين كثير من المهتمين بدراسة هذه الظاهرة أن نوعية المناخ الأسري الذي ينشأ فيه الطفل لا يساعد فقد على ظهور اللجلجة لديه ، وإنما يساعد أيضاً على ترسيخها وتثبيتها ، ولهاذا تعتقد باربارا دومنيك (Dominick 959:955) أن الصلاقة في الحديث تتحقق غالباً في بيئة عائلية سليمة حيث يشعر الطفل أنه مقبول أما التردد في الكلام واللجلجة فتأتي نتيجة القمع الوالدي Parental-Prohibition .

كما ان هناك كثيراً من المواقف التي تحدث داخل أسرة الطفل للتدخل تؤدي إلى الشعور بالإحباط والخوف من الفشل في الكلام مما يؤدي إلى حدوث الإعاقات الكلامية وقد تزداد هذه الإعاقات عندما يحاول الطفل التعبير لفظياً عن مشاعره أو أفكاره

ويواجه بالنقد من قبل المحيطين فيشعر بالإحباط ولا يستطيع تحمل هذه الضغوط والمتطلبات التي تقع على عاتق الطفل .

ثانياً : للمواقف الانفعالية :

تعتبر للمواقف الانفعالية من أهم المواقف التي تؤدي إلى زيادة الإعاقات الكلامية يرى فان رير (١٩٧٢) أن الطفل عندما يخاف من العواقب السيئة للمواقف الاتصالي مثل رفض طلبه أو الصدمة أو توقيع العقاب أو الشعور بالظلم كل هذا يؤدي إلى زيادة التردد في الكلام .

من هنا نرى ان مشاعر التوتر ، الضيق ، الغضب ، الخوف ، التي تفرزها المواقف الانفعالية للطفل للتدخل فتشعره بالاضطراب وبالتالي تزداد درجة اللجاجة .

ثالثاً ، مواقف الوعي بالذات ،

يرى ميريل مورلي (44 : 1972) Morley أن عبارة الوعي الذاتي Self-Consciousness للمتلجج يعتبر من أهم المواقف التي تساعد على حدوث اللجاجة مثل ان يطلب من الطفل التحدث في وسط مجموعة من الأفراد هنا يكون الطفل مدركاً لذاته مما يؤدي - غالباً - إلى إعاقته الكلام .

كما يرى فان رير (١٩٧٢) أن مثل هذه المواقف قد تسبب ضغطاً من الممكن أن يؤدي إلى مزيد من الإعاقات اللفظية (التمزق اللفظي) ويحدث هذا عندما لا يجد الطفل التلجج الكلمة المناسبة أو عندما يشك في قدرته على النطق أو في القدرة على الصياغة حيث يتعثر النطق وتزداد معها درجة اللجاجة .

(Hood, 1978 : 540)

لذلك نرى أن هناك مواقف مثل عندما يطلب من الطفل الكلام ولا يعرف بالضبط ما الذي سيقوله أو الكلام بطريقة تلقائية أو عندما يسمع قطعة غيبا من الذاكرة مما لا شك فيه أن هذا سيمثل ضغطا على التلجلج لأنه في هذه الحالة سيكون مدركا وواعيا أكثر بذاته لأن هذه المواقف تحمل على إثارة القلق مع إثارة الشك في قدرته على الكلام كل هذا يعمل على اضطراب العملية الكلامية وزيادة التمزق اللفظي .

ويقرر طلعت منصور (١٩٧٦ ، ١٣٢) أن تغيير نمط الكلام من الممكن أن يثير وعيا أكثر بالذات لدى التلجلج مثل السرعة في الكلام والصوت المرتفع حيث أن التلجلج يزيد من تركيزه على العملية الكلامية أثناء تغييره لنمط الكلام .

رابعا ، المواقف الاجتماعية ،

قد تكون المواقف الاجتماعية من أصعب المواقف التي تقابل الفرد للتلجلج فإن معظم التلجلجين يخافون من الفشل في الحديث حتى قبل أن يبدأوا وغالبا ما يفكرون في الموقف في ضوء نكسة الفشل فإنهم يقولون لأنفسهم : " أني لن أجروء على فتح فمي بعد ذلك أنا لا أستطيع ذلك فإذا أعرف أنني سالتلجج أنني سأصاب بالفشل من الخوف " ولذلك فهم يخشون النقد والإحراج .

وحيث أنهم يسعون نحو الكمال في الحديث فإن تاسكيلهم الأساسي يكون موجه ليس إلي ما يريدون التعبير عنه ولكن إلى المظهر الذي سيكونون عليه أمام الآخرين عندما يتكلمون وردود فعل الآخرين تجاه هذا المظهر وبسبب شعورهم العميق بعدم الأمان فإن كل محاولة جديدة للكلام تصبح أساس اختيار لوجودهم الحقيقي ومن ثم يصبح التلجلج باستمرار في عملية خصام ولوم مع نفسه مع كل محاولة للتعبير عن ذاته لفظيا فإن الكلام بالنسبة للمتجلج يعتبر محنة تملأه خوفا وشعورا بكارثة قادمة .

هذه المواقف الاجتماعية غالبا ما بلجا التلجلج لحماية نفسه عن طريق تجنب ضرورة الكلام والحفاظ الطويلة . (Dominick 1959 : 957.958)

ويحدثنا فان ريدر (١٩٧٢) عن أكثر المواقف الاجتماعية التي تشتد فيها درجة لجلجة الطفل وهي :

المواقف الاجتماعية التي يشعر فيها الطفل بالتهديد بالمقاطعة من جانب المستمع حيث تؤدي إلى الشعور بالإحباط أو عند الشعور بفقدان انتباه المستمع فإذا تحول انتباه المستمع إلى شيء آخر قد يقع الطفل في صراع مع نفسه هل يتكلم أم يصمت ؟.

خامساً ، المواقف المدرسية :

نعتقد للؤلفة أن النخا للمدرسي لا يقل أهمية عن النخا الأسرى في العمل على تثبيت اللجلة وتطورها إلى مرحلة أصعب من ذي قبل نظراً لما تضرره للمواقف للمدرسة للطفل للتلجلج من الشعور بالضغط والتوتر والنافسة

وفي هذا ترى باربارا دومينيك (1959 : 955) أن النخا المدرسي يعمل على تأكيد اللجلة والانتقال من مرحلة اللجلة البدئية إلى ما هو معروف بالإعاقة الدلوية .

فالطفل للتلجلج عندما يدرك أنه يتكلم بأسلوب مختلف عن الآخرين عندئذ يتكون لديه شعور بأنه لئنى من الأطفال الآخرين لكن بدخوله للمدرسة فإنه مما لا شك فيه أنه يضيف جواً من الضغط والنافسة والذي يجد نفسه متورطاً فيه وتعتقد شخصيته أكثر حيث يملك الطفل مشاعر القلق والخوف من الكلام بل وتزيد لديه المخاوف من ظهور تلك الترددات للضحكة أثناء كلامه مع زملائه ومدرسيه ومن ثم يجد نفسه منبوذاً من زملائه .

سادساً ، مواقف التعامل مع الأقران :

المواقف هنا من الممكن اعتبارها مواقف اجتماعية وينطبق عليها ما قبل في المواقف الاجتماعية لكن مثل هذه المواقف من خلال خبرة للؤلفة قد لا تكون مثيرة لحدوث اللجلة خاصة إذا كان موقف لعب مع بعض الأطفال أو خروج لرحلة مدرسية أو حديث تليفونيا مع صديق لكن عندما يكون الموقف باعثاً لشعور التوتر أو الغضب مثل التنافس مع الأصحاء أو عندما يعاتب التلجلج صديقه ويحاول تبرير موقفه منه أو التشاجر مع الأصحاء عما لا شك فيه أن التوتر والغضب الذي يصيب للتلجلج هنا ينعكس على العملية الكلامية ويصيبها بالاضطراب وتزداد درجة اللجلة .

خامساً : أساليب علاج اللجاجة

كثرت وتعددت الأساليب التي استخدمت في علاج اللجاجة نظرا لتشابك العوامل المؤدية إلى تلك الظاهرة النفسية للركبة والمتداخلة للتخيرات ، فكما سبق أن ذكرنا ان اللجاجة تعد ظاهرة غاية في التعقيد حيث إن لها العديد من الأسباب في علم الأمراض فهي تتضمن عوامل تكوينية كيميائية عصبية نفسية وبيئية اجتماعية .

وسوف نحاول إلقاء الضوء على بعض الأساليب العلاجية على سبيل المثال لا الحصر .

١ - الكلام الإيقاعي ، Rhythmic Speech

تقوم هذه الطريقة على ملاحظة أن درجة اللجاجة تتخفض حين يتكلم المتلعج بطريقة إيقاعية Rhythmic Manner ولذلك استخدمت آلة الترونوم Metronome التي تساعد على نطق كل مقطع مع كل إيقاع حيث تستخدم هذه الآلة في تجزئة المقاطع وفقا لزمن محدد على أن يتم إخراج نطق للمقاطع على فترات زمنية متساوية ، فيقسم موضوع القراءة إلى كلمات يسيرة تقرأ بتناسب مع توقيت آلة الترونوم ومن ثم يحث تقدم تدريجي في طريقة الكلام .

ولقد استخدم هذه الطريقة لارس جوران وآخرون (Goran et al. 1976) دراسته لمعرفة مدى فاعلية طريقتين من للدرسة السلوكية في علاج اللجاجة وتهدف هذه الدراسة إلى عقد مقارنة بين العلاج بالاضراط للترونومي Metronome conditioned والعلاج بالتظليل وأيهما يكون ذا تأثير في خفض اللجاجة .

تكونت عينة الدراسة من (٢٤) فراد متلعججا ، واستبعد جوران (٩) أفراد حيث أن نسبة نقص الطلاقة لديهم أقل من ٢ % ، وبذلك أصبحت العينة تشمل على (١٥) فرادا (١١ ذكور - ٤ إناث) تتراوح أعمارهم بين ١٤ - ٤٦ عاما ، وبعثت اللجاجة لديهم قبل سن العاشرة .

قسمت العينة عشوائيا إلى ثلاث مجموعات بحيث تتطوى كل مجموعة على خمس افراد (ثلاث حالات لجلجة شديدة - وحالتان لجلجة متوسطة) .

١ - المجموعة التجريبية الأولى تتلقى علاجاً بالتدريب على الكلام بالاشراط للثرونومي **conditioned speech Retraining-Metronme**

٢- المجموعة التجريبية الثانية تتلقى علاجاً بالتظليل .

٣- المجموعة الثالثة مجموعة ضابطة .

بالنسبة للمجموعة التي تلقت علاجاً بالاشراط الثرونومي قسم العلاج إلى أربع مراحل ، وكل مرحلة ذات هدف معين لابد من الوصول إليه قبل الانتقال إلى المرحلة التي تليها ، وكان الهدف الأساسي هو إقناع التلجلج بأنه يستطيع أن يتكلم بطلاقة عندما يتقدم في كلامه على بدول الإيقاع (المترنوم) .

أما المجموعة التي تلقت علاجاً بالتظليل فقد استخدمت الفنيات الآتية:

١ - قراءة جماعية بصوت مرتفع ،

يقوم المعالج بالقراءة مع التلجلج قطعة بصوت مرتفع ، ولثناء عملية القراءة ممكن أن يتوقف المعالج أو يبدأ في قراءة قطعة أخرى بينما يستمر التلجلج قراءة القطعة الأصلية.

٢ - التظليل ،

يقرأ المعالج قطعة قراءة بينما يكرر التلجلج ما يقوله للمعالج مع تأخير قصير جداً بينهما ، هنا لا يجب على المفحوص ألا ينظر إلى المعالج ، وإنما عليه أن يركز انتباهه فقط على ما يسمعه ، كما يقوم التلجلج بتكرار العملية نفسها كواجب منزلي باستخدام الراديو أو شريط كاسيت ، استمر العلاج لمدة (٢) شهور من خلال عشرين جلسة علاجية تتراوح مدة كل جلسة من (٣٠ - ٤٠) دقيقة ، كما كان يطلب للمعالج من الأفراد التلجلجين أن يؤدوا بعض التمرينات المنزلية لمدة ٤٠ - ٦٠ دقيقة يوميا .

ولقد قام المعالج بقياس درجة اللجاجة قبل وبعد العلاج ليتعرف على مدى فاعلية وتأثير العلاج كما أجرى اختبار على المفحوصين بعد (١٤) شهر بواسطة معالج آخر كعملية تقويم ومتابعة بعد العلاج .

أشارت نتائج الدراسة إلى أن الأفراد الذين تلقوا علاجاً بالاشراط المتونومي انخفضت درجة نقص الصلابة تخفضاً ذود دلالة لبعهم أثناء الكلام التلقائي ، لكن لم يكن هناك تغيير في معدل الكلام أما الأفراد الذين تلقوا علاجاً بالتظليل زاد معدل الكلام لديهم أثناء القراءة بصوت مرتفع ، لكن درجة نقص الصلابة لم يكن هناك تغيير ذو دلالة .

ودراسة أخرى لجوهانسون (1975) Johannesson قدم فيها إطار نظرياً لظاهرة اللجاجة بعنوان " أسلوبان من الأساليب العلاجية السلوكية لعلاج اللجاجة " واستعرض الباحث تأثير أسلوب التظليل وإعادة التدريب الاشرطي (المتونومي) Metronome Conditioned Speech Retraining كإسلوبين من إسلوب العلاج السلوكي في معالجة حالات اللجاجة .

وأجريت الدراسة على عينة مكونة من (١٧) راشداً متلججاً تتراوح أعمارهم بين (١٨ — ٢٥) عاماً حيث قسمت عينة الدراسة إلى ثلاث مجموعات :

١ - المجموعة التجريبية الأولى ،

تلقت علاجاً بالاشراط المتونومي مستخدماً آلة الإيقاع المتونومي واستمر العلاج لمدة (٥) شهور بواقع جلسة اسبوعياً .

٢ - المجموعة التجريبية الثانية :

تلقت علاجاً بفنية التظليل حيث بدأ المعالج بتدريب المتلججين على أسلوب التظليل ، وجاءت نتائج المجموعتين التجريبتين مؤكدة فاعلية الأسلوبين السابق ذكرهما .

٢- تظليل الكلام ، Speech Shadowing

استخدمت وسيلة التظليل كوسيلة علاجية لعلاج حالات اللجاجة واثناء الجلسة العلاجية بصوت مرتفع القطعة نفسها التي يقرأها المعالج ومعه في الوقت نفسه بفارق جزء من الثانية وغالباً ما يتحسن للتطلع وتتنخفض درجة اللجاجة بشكل ملحوظ اثناء الجلسات العلاجية ، وقد استخدم شيرى سايرز Cherry & Sayers هذه الطريقة لعلاج بعض الأفراد للتلعجيين ، وقد لاحظ ان هناك تحسناً طرأ على طريقة الكلام .

وفي هذا الصدد قدم محمد عبد القادر (١٩٧٦) بدراسة بعنوان فعالية الممارسة السلبية والتظليل كاسلوبين لعلاج حالات التلعثم ، وذلك بهدف التعرف على مدى فاعلية اسلوبى للممارسة السلبية Negative والتظليل Shadowing في علاج اللجاجة واجرى البحث على عينة قوامها ٢٤ طالباً متعلجاً تتراوح اعمارهم بين (١٤ - ٢٩) عاماً .

قسمت العينة إلى ثلاث مجموعات :

- مجموعة تجريبية تتلقى علاجاً بالممارسة لمدة شهر حيث أعطى لكل طالب (١٢) جلسة بمعدل ثلاث مرات اسبوعياً كما كان الطالب يقوم بتدريبات منزلية في الأيام التي لا يراجع فيها للعلاج .

- مجموعة تجريبية تتلقى علاجاً بأسلوب التظليل من خلال (١٢) جلسة طول كل جلسة (٦٠) دقيقة بمعدل ثلاث مرات اسبوعياً حيث كان يقوم المعالج بقراءة قصيدة كلمة .. كلمة وبسرعة منتظمة ثم يردد الطالب كلمات المعالج كما يسمعها بالضبط بحيث تاتي كلمة الطالب ظلاً لكلمة المعالج كما كان يقوم الطالب بتدريبات منزلية في الأيام التي لا يراجع فيها للعلاج .

أشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية الأسلوبين السابق ذكرهما إلا أنه لم يكن هناك فروق ذات دلالة بينهما .

كما استخدم كونداس (1967) Kondas أسلوب التظليل كغنية من فنيات العلاج السلوكي في علاج اللجاجة .

وتكونت عينة الدراسة من :

* (١٦) طفل تتراوح أعمارهم بين (٨ - ١٦) سنة .

* (٣) أطفال تتراوح أعمارهم بين (٢ - ٦) سنوات .

* فرد واحد يبلغ من العمر ٢٠ سنة .

وجميع الأطفال يعانون من لجلجة شديدة بالإضافة إلى أن (١٣) طفلاً لديهم تشنجات كلامية متكررة مصحوبة بحركات وتشنجات في الوجه لدرجة أن أربعة من هؤلاء الأطفال لم يكن لديهم القدرة على التعبير اللفظي وبالتالي كانوا يكتبون إجاباتهم .

بدأ كونداس Kondas العلاج بعمل تدريبات على التنفس في الجلسات الأولى للعلاج حيث أوضحت الفحوصات أن عملية التنفس لديهم غير طبيعية ، ولذلك احتوى التدريب على عملية شهيق بطيئة وعميقة في الجلسة الأولى والثانية ثم يلي ذلك في جلسة الثالثة والرابعة تدريبات على التنفس بهلوء .

ثم بدأ الباحث بأهم جزء في العلاج وهو العلاج بفنية التظليل حيث بدأ الأطفال التدريب على فنية التظليل ، فكان يقوم بقراءة قطعة غير معروفة للأطفال على أن تكون القراءة كلمة أو كلمتين ، ثم يكرر للتجلى على الفور وبالضبط تلك الكلمات وتتكون الجلسة من اثنين أو ثلاث تمارين قصيرة تستمر كل واحدة من (٢ - ٥) دقائق على أن يليها فترة راحة قصيرة وبمجرد إنتهاء للتجلى لكيفية استخدام فنية التظليل يكون هناك واجب منزلي باستخدام تلك الفنية بحيث يقوم بها والديه لمدة (٥) دقائق يوميا .

بعد خمس جلسات من العلاج تنخفض اللجلجة تدريجيا بعد ذلك يبدأ التدريب على التظليل مع للعالج وفي البيت بالتناوب .

وبالنسبة لثلاثة أطفال صغار طبق عليهم العلاج بفنية التظليل عن طريق اللعب بدمية حيث أخبر للعالج الطفل أنه سيتعلم كيف يلعب مع الدمية وكان دور

المعالج كملقن وللتلجج الصغير هو للمثل الذي يتكلم مع الدمية وطلب المعالج من الوالدين أن تكرر هذه المشاهد بالبيت ثلاث مرات في الأسبوع كما طلب منهما أيضا ألا يبديا أي اهتمام عندما يتلجج الطفل .

أشارت نتائج العلاج إلى تقدم ملحوظ في الكلام لدى :

١- خمس أطفال في خلال (٢) أسابيع من بدء العلاج بغنية التظليل .

٢- تسع حالات استمرت شهرين في أداء التمرينات قبل أن تتحسن .

٣- خمس حالات استمر العلاج لمدة من (٦ - ٩) أشهر حتى تحسنت درجة اللججة .

٤- مريض واحد فقط وجد صعوبة في تعليمه طريقة التظليل تلك التي اتقنها معظم الأطفال بسرعة .

كما أوضحت النتائج والتقويم أن العلاج بغنية التظليل له تأثير ناجح وثابت على نحو واضح وملحوظ لكن هناك حالة واحدة أظهرت التابعة أن انتكس بعد سنتين وخمس شهور بعد نهاية العلاج ويرجع كونداس Kondas ذلك إلى خوفه الشديد من ملرس الفصل .

أجرى شارلز هيلي وسوزان هاو (1987) Healey And Howe دراسة تهدف إلى مقارنة أداء الأفراد المتلججين وغير المتلججين أثناء إجراء القراءة بطريقتي Speech Shadowing Condition والقراءة بدون تظليل Nonshadowed Reading .

وتكونت عينة الدراسة من عشرة أفراد خمس ذكور متلججين وتراوح أعمارهم بين (٢٢ - ٤٥) سنة وخمس ذكور آخرين غير متلججين وكان المتلججون يبدون تكرار واضحا لبعض أجزاء الكلام وإطالة للحروف كما كانت اللججة تظهر بوضوح وبصورة متكررة أثناء القراءة أو الكلام .

واستخدم الباحثان مقياس رابيلي لشدة اللجاجة **Riley Stuttering Severity** لقياس شدة اللجاجة لدى أفراد العينة وتبعاً لهذا للقياس استطاع الباحثان تقسيم أفراد العينة إلى قسمين :

القسم الأول ، يتكون من ثلاثة أفراد يعانون من لجاجة متوسطة.

القسم الثاني ، يتكون من فردين يعانون من لجاجة فوق المتوسط .

وبالنسبة للبرنامج العلاجي أعد الباحثان أربع قطع قصصية سجلت القطعة الأولى منهم على شريط فثاني التسجيل بصوت (ذكر) يتكلم باللهجة الأمريكية وكان المتحدث يتكلم ببطء لتسهيل كلام التظليل حيث كانت القطعة تقرأ بمعدل (١,٤) كلمة في الثانية .

أما القطعة الثانية فسجلت بطريقة متزاوجة مع القطعة الثالثة على شريط كاسيت حيث كانت هي الرسالة للنافسة **Competing message** المسجلة بصوت أنثى تتكلم باللهجة الأمريكية ٤ كلمة لي الثانية لكن بغية قراءة هذه القطعة تأخرت (١٠) ثوان عن بداية القطعة للنافسة كما وضع الباحثان القطعة الرابعة خصيصاً للمفحوص لكي يقرأها ، وذلك حتى يتم التعرف على مدى التحسن في كلام المتلجلج .

تم إجراء العلاج بأن وضع الميكروفون في الوضع الصحيح أمام المفحوص حتى يستطيع الأداء في ثلاث حالات ،
الحالة الأولى ،

تضمنت قراءة المفحوص للقطعة غير المظلة وفقاً لمعدل كلامه للعتاد وكان أحد الباحثين يقوم بالحكم على مدى طلاقة التلجلجين في القراءة ويتحقق منها باحث آخر .

الحالة الثانية :

حيث سجلت قطعة بطريقة التظليل بصوت رجل وقدمت للمفحوص من خلال الميكروفون وكان يطلب من المفحوص أن يكرر الكلمات التي تصل إلى أذنه .

الحالة الثالثة :

سجلت قطعة بطريقة التظليل بصوت رجل وقدمت للمفحوص من خلال ميكروفون بحيث تصل إلى أذنه اليمنى بينما تصل إلى أذنه اليسرى القطعة للنافسة والسجلة بصوت امرأة وفي هذه الحالة كان يطلب من المفحوص أن يكرر الكلمات ، وأشارت النتائج إلى فاعلية الأساليب المستخدمة .

٢- تأخر التغذية للرتدة السمعية :

Delayed Auditory Feed back (D.A.F.)

يقرر وفاء البيه (١٩٩٤ ، ١١٣) أن أول من تناول مشكلة المراقبة السمعية هو "أوربا نتشيتس" وهو ما يعرف الآن باسم تأثير لي (١٩٥١) في تأخير التغذية للرتدة السمعية . بوضع وفاء البيه أن تأخير التغذية للرتدة السمعية و التي من خلالها يستمع الفرد إلى كلامه في علاقة زمنية غير طبيعية ، عندما يتكلم الفرد ويستمع إلى صدى مستمر لكل ما قاله نوا ، وبالتالي تحدث تغيرات مؤثرة في طبقة الصوت ويضطرب الإيقاع الطبيعي للكلام لدى التكلم العادي ، ويحدث العكس تماماً لمن يعاني اضطرابا وظيفيا في الكلام مثل التلعججين .

ولقد استخدمت تلك الوسيلة من قبل للهممين بدراسة وعلاج الجلجلة كوسيلة لخفض درجة الجلجلة .

٤- الضوضاء المزعجة ، Masking Noise

استخدام هذه الوسيلة كعلاج مبني على اساس ان اللجاجة تتخفّض بشكل كبير عندما لا يستطيع للتلعّج سماع صوته أثناء الكلام وظهر استخدام هذه الوسيلة في الستينيات ، ولكن لم تؤكد أي منافع بلّمة في العلاج حيث أن للتلعّج استخدام هذه الوحدة السمعية للفتنة داخل غرفة العلاج فقط . وهي عبارة عن أناء تم تصميمها بشكل خاص لكي تنتج صخب ابيض ^(*) White noise من كثافات مختلفة من (db70) الي (db 110) ^(*) خلال أجهزة السمع .

ويضيف بهرت راج (162 : 1976) Raj بالرغم من أن هذه الطريقة تعمل على إلغاء اللجاجة تماما حيث نجد أن للتلعّج تصبح لديه القدرة على الكلام بدون إعاقات على الإطلاق بالرغم من هذا فإنها تؤدي في كثير من الأحيان إلى فقدان حاسة السمع . (Lanyon & Goldswortehy 1982 : 815-817)

٥- إرشاد الآباء ، counseling the parents

يوصى أوليفر بلونشتاين Bloodstein 1986 باستخدام الإرشاد الوالدي كوسيلة علاجية تساعد في تخفيض عند الصابرين باللجاجة و يتفق معه بهرت راج (1976) Raj حيث يرى أن كلام الأطفال يتميز في بداية تعلمهم الكلام بالتقطع Mild interruptions أثناء الحديث مثل التكررات والترددات hesitation وهنا لا يحتاج الطفل إلى علاج بمعناه الكبير ، ولكن ما يحتاجه هو توجيه سليم وفعال بواسطة والديه ، ولهذا يعرف هذا الطفل بأنه طفل طبيعي ، ولكنه لا يتمتع بالطلاقة في الكلام كما يجب ،

أثناء علاج اللجاجة للبلدية ينبغي أن يركز العلاج على إعطاء معلومات كافية للآباء خاصة الأم عن طبيعة و ظروف مرض اللجاجة وما يجب أن تقوم به حيالها ، كما ينصح الآباء بأن يشجعوا الطفل عندما يتكلم بشكل طبيعي ، ويتجاهلوا

(*) صخب ابيض ، عبارة عن خليط الموجات التي تتسع لتغطي مجالاً واسعاً تردّد .

(*) (Db) - وحدة لقياس شدة الصوت .

مظاهر قصوره اللفظي ، كما يجب أن يعملوا على عدم جذب انتباه الطفل لطريقة كلامه و ذلك بإتباع النقاط التالية :

- ١ . تشجيع كلام الطفل وتجاهل ظاهر قصوره اللفظي .
- ٢ . عدم جذب انتباه الطفل لطريقة كلامه .
- ٣ . عدم وصف الطفل بأنه متلعجج .
- ٤ . لا ينبغي مقارنته بأي طفل آخر.
- ٦ - إعادة التدريب على العادات الكلامية السليمة :

Speech habit retraining

يترك الطفل للتلعجج يقرأ من كتاب مناسب لسنه التعليمي على أن تتم طريقة القراءة بهيئة شديد وبأسلوب هادئ مريح ، وعندما تحدث الإعاقة الكلامية يتوقف عن القراءة ، ويسترخي ، ويبدا في القراءة ثانية بأسلوب مريح وقد يكون من المفيد أن تقدم ضوءا احمر كهوئشر عندما تحدث الإعاقة حيث تعتبر كإشارة للتوقف عن القراءة والاسترخاء ثم معادوة القراءة .

وقد يعطى هذا العلاج نتائج جيدة بعد حوالي (٢٠) جلسة عندما تكون درجة لجلجة الفرد متوسطة ، و عندما تتحقق طلاقة كافية يتم توجيه الفرد لأن يسرع تدريجيا في كلامه إلى الحد الطبيعي .

٧- الإطالة ، prolongation

جعل الفرد التلعجج في حالة استرخاء بدني وعقلي ، ثم يبدا في قراءة قطعة بدرجة بطيئة جدا مع الإطالة في كل مقطع يقرأه مثل " بننقة " فانها تتم على النحو التالي ،

ب نند قية

ويدبني أن يستمر تطويل القاطع حتى تنتهي الجملة بدون توقفات خلالها ،
كما يجب أن يمارس التطويل حتى انتهاء الحادثات مع الآخرين ويرى بهرت راج
(1976) Raj أن لصابين بالجلجة الشديدة يستجيبون لتلك الطريقة .

وقد أسفرت نتائج تحليل الحالات الخاضعة للعلاج عن وجود نتائج جيدة
وأظهرت الحالات تحسناً ملحوظاً ، كما وجد أن هذا الأسلوب حقق نتائج طيبة جداً
بالمقارنة بطريقه التظليل وأنه يفيد بالنات مع لصابين بالجلجة الشديدة حيث حقق
أسلوب التطويل نتائج عظيمة مع المتلجلجين من الدرجة الشديدة بينما يعتبر العلاج
عن طريق التظليل أكثر فعالية مع لصابين من الدرجة العادية أو المتوسطة .

٨- التحصين التدريجي : Systematic Desensitization

لجد أن بعض الأفراد المتلجلجين يحققون علاقة لفظية أثناء جلسات العلاج ،
لكنهم يجدون صعوبة في الكلام في مواقف الكلام خارج العيادة في مجالات الحياة المختلفة
، وهذه الطريقة من العلاج تتم عن طريق إعداد قائمة شاملة لمواقف الكلام التي تنير
قلق الفرد المتلجلج على أن يتم الإعداد بالترتيب فتبدأ بأقل للمواقف إثارة للقلق ، وتنتهي
بكثرة المواقف إثارة للقلق، ثم يطلب من المتلجلج أن يتخيل تلك المواقف واحداً بعد
الأخر بالترتيب الخاص ، و أن يتكلم بصوت عال في موضوع يهمه ويجب التاكيد على
أهمية الاسترخاء للمتلجلج في كل المراحل .

وبهذه الطريقة يتم سلب الحساسية المتعلقة بمثير الجلجة في كل موقف ، ومع
اتخفاض حدة القلق تزداد علاقة الفرد .
(Raj 1976 : 162.159)

سادساً - برامج علاج اللجاجة :

تؤكد باريلار دومينيك (1959 : 959) Dominick انه باعتبار ان ظاهرة اللجاجة مشكلة معقدة فان أي محاولة للعلاج ينبغي ان تضع في اعتبارها الجانب الطبي والجوانب الاجتماعية ، والنفسية ، والتدريبية الكلامية ، فانه ينبغي اعتبار اللجاجة اضطراب منفصل عن آلية الكلام ولكن كتعبير خارجي خاص بشخصية مضطربة ، لذلك ينبغي لأي علاج فعال ان يوجه نحو مساعدة الفرد ان يفهم مشكلاته النفسية وان يصل إلى حل لهذه الصراعات الداخلية .

كما تعتقد لدينا روستين وارمن كور (1983 : 92) Rustin and Kuhr ان الاتجاه لعلاج اللجاجة قد تغير حيث كان العلاج من قبل يركز على أعراض اللجاجة فقط أما الآن أصبح الاتجاه نحو تحليل سلوك التلجج بشكل اكدر تفصيلاً مما يعطى العلاج فهما افضل لأكثر الحالات تعقيداً .

وبذلك يصبح بالإمكان تصميم برنامجا متعدد الأبعاد لعلاج حالات اللجاجة . فعلى للعلاج ان يقيم كل حالة بدقة و يرى ما اذا كانت هناك مشكلات متعلقة بحياة التلجج وفي نفس الوقت مرتبطة باضطرابه الكلامي .

وبذلك نجد ان مسئولية العلاج هي مساعدة للتلجج ليس فقط التغلب على أعراض اللجاجة و لكن الأهم هو مساعدة الفرد على ان يجد نفسه مكفرد ، وان يحول الطاقات الكامنة بداخله إلى طاقات للعمل للبداع ، وعلاقات إنسانية أفضل لتحمل مسئولية نفسه حتى يستطيع في النهاية تحقيق ذاته كإنسان وسوف نقدم بعض البرامج العلاجية التي يمكن الاعتماد عليها في علاج اللجاجة .

وفي هذا الصدد قدمت هدى برادة (١٩٦٧) بحث بعنوان دراسة في العلاج الجماعي للمصابين باللجاجة بهدف التعرف على مدى فاعلية أسلوب السيكودراما والعلاج باللعب الجماعي في معالجة حالات اللجاجة .

وتكونت عينة البحث من (٨) أطفال تتراوح أعمارهم بين (٦-١٢) سنة ، وكان علاج الأطفال يتم من خلال جلسات باللعب والسيكودراما التي تعقد مرتين اسبوعيا ، وكانت هدى براءة تجتمع بامهات الأطفال مرة كل اسبوع وذلك للأسباب الآتية :

- ١ - تصحيح اتجاهات الأمهات نحو عيب أطفالهن الكلامي .
- ٢- تنبيه الأمهات إلى ضرورة رفع الضغوط الكلامية عن الطفل المتلعج، تصبر الأم على أن ينطق جملة طويلة تفوق طاقته الذهنية واللغوية .
- ٣ - تكليف الأمهات بأن يهمن بدور إيجابي تجاه عيب أطفالهن الكلامي ، و ذلك بأن تجلس الأم مع طفلها نصف ساعة ثلاث مرات اسبوعيا لتساعده على أن ينساب معها في الكلام ، وعندما يلجج الطفل تقابل عيبه الكلامي بالصبر والتجاهل .
- ٤ - الكشف عن اتجاهات الأم اللا شعورية مثل الحماية الشديدة للطفل ، تلك التي تتم عن رغبتها في ألا ينفصل الطفل عنها ويظل معتمدا عليها أشارت نتائج البحث إلى تقدم الأطفال واختفت اللججة إلى حد كبير .

من الدراسات التي استخدمت أسلوب العلاج النفسي الجماعي لعالجة حالات اللججة ، دراسة صفاء احمد غازي (١٩٩١) وهي دراسة تجريبية اكلينيكية الهدف منها هو التحقق من فاعلية أسلوب السيكودراما (متمثلة في لعب الدور) والممارسة السلبية لعالجة حالات اللججة .

تكونت عينة الدراسة من (٢٤) تلميذا من الجنسين من تلاميذ المرحلة الإعدادية ممن تتراوح أعمارهم بين (١٢ - ١٥) سنة و تم تقسيم العينة إلى أربع مجموعات كالتالي :

- الجموعة الأولى : مجموعة السيكودراما .
- الجموعة الثانية : مجموعة للممارسة السلبية .
- الجموعة الثالثة : مجموعة السيكودراما والممارسة السلبية .
- الجموعة الرابعة : مجموعة ضابطة .

الأساليب العلاجية المستخدمة في الدراسة :

أولاً : السيكودراما .

استخدمت صفاء غازى الأسلوب العلاجي السيكودراما المتمثل في فنية لعب الدور والتي تعتبر من الأساليب الانعكاسية ، وتعد شكلا من أشكال العلاج النفسي الجماعي ومن خلال هذا الأسلوب يطلب من العميل أن يقوم بتمثيل مواقف ذات مغزى في حياته ، في حضور لشخص آخرين يمثلون الأدوات المساعدة الذين يؤدون أدوارا متعددة . ومن ثم نجد أن للتجلج يقوم بتمثيل دوره بشكل تلقائي بالاشتراك مع زملائه الأعضاء الآخرين في المجموعة ، مما يساعد على فهم ذاته بشكل أفضل .

ثانياً : الممارسة السلبية .

استخدمت فنية الممارسة السلبية كإحدى فنيات العلاج السلوكي ، و يقصد بها تكرار السلوك المرغى (اللججة) بشكل متعمد أثناء جلسات العلاج كالتالي :

- أن يكرر للتجلج كل حرف يتلجج فيه عن عمد .
- أن يكرر للتجلج كل مقطع يتلجج فيه عن عمد .
- أن يكرر للتجلج كل كلمة يتلجج فيها عن عمد .

ويتم هذا التكرار عدة مرات بصوت مرتفع حتى يصل للتجلج إلى السلسلة المطلوبة .

أشارت نتائج هذه الدراسة إلى فعالية الأساليب العلاجية المستخدمة لعلاج اللججة بصفة عامة ، مع اختلاف في درجة فعالية كل منهم حيث انضح أن استخدام أسلوب السيكودراما والممارسة السلبية معا أكثر فعالية من الاقتصار على أحدهما ، فالأسلوب الأول يتناول الاندمايات الكامنة وراء عرض اللججة بهدف التنفيس الانفعالي عن الصراعات وحللت الاستبصار واقتصار الأسلوب الثاني على ممارسة تدريبات كلامية بهدف تصحيح العيب الكلامي .

كما اتضح من نتائج الدراسة أن استخدام أسلوب السيكوندراما الذي يكشف عن العوامل الكامنة وراء سلوك اللجبة . أكثر فاعلية من استخدام أسلوب الممارسة السلبية الذي يتناول تصحيح العرض الظاهر فقط - هنا بالإضافة إلى نتائج الدراسة الاكلينيكية التي دعمت نتائج الدراسة السيكونومترية وأكدت على أن الجمع بين أسلوبي السيكوندراما (التي تحاول أن تكشف الديناميكات الكامنة) والممارسة السلبية (التي تحاول تصحيح عرض اللجبة) هو الأسلوب الأكثر فاعلية في علاج اللجبة .

كما استخدم واكابا (1983) Wakaba أسلوب العلاج باللعب الجماعي في علاج اللجبة ، وقد تكونت عينة الدراسة من ثلاثة أطفال .

الطفل الأول يبلغ من العمر أربع سنوات وستة أشهر ، وقد بدأت اللجبة لدى هذا الطفل بعد دخوله الحضانة مباشرة عند بلوغه ثلاثة سنوات ، قبل هذا بشهر واحد ولدت أخت له .

الطفل الثاني يبلغ من العمر أربع سنوات وثمانية أشهر ، و أيضا لم تكن له أي إعاقة كلامية حتى ولدت أخت له بدأ بتلجج ، وكان وقتها يبلغ من العمر ثلاث سنوات . الطفل الثالث يبلغ من العمر خمس سنوات و ثلاثة شهور ، بدأ بتلجج عند بلوغه سنتين ستة أشهر ، وقبل ذلك بستة أشهر تركته أمه حيث ذهبت إلى المستشفى للعناية بأحدى قريباتها ، ومكثت هناك ستة أشهر ، وكان يراها في تلك الفترة إلا مرة واحدة كل أسبوع ، وكانت تعني به في تلك الفترة إحدى الخادمت ، و قبل هذه الفترة لم يعاني الطفل من أي إعاقة كلامية ، ثم التحق بعد ذلك بالحضانة في سن أربع سنوات وتسعة أشهر ، وكان كثير الاعتماد على والدته وأيضا تكوين صداقات مع غيره من أطفال الحضانة مكثفيا بملاحظتهم أثناء اللعب .

واستخدمت الدراسة الأدوات التالية في الدراسة :

أولاً ، مقياس لفظي :

استخدم على النحو التالي :

١ - مواقف ضابطة .

استبيان متصل بحياة الطفل اليومية

٢ - مواقف ضابطة إلى حد ما .

استبيان متعلق بالصور (استبيان مصور)

٣ - مواقف غير ضابطة .

محادثة حرة لمدة ٣٠ دقيقة أثناء لعب الأطفال مع للعالج ، وقد سجل سلوك الأطفال في هذه المواقف السابقة عبر شريط فيديو وشرائط كاسيت ، كما قام ثلاثة ملاحظين بتسجيل نوعيه الأعراض المصاحبة للجلجة من خلال مرآة ذات رؤية من جانب واحد ، بالإضافة إلى ذلك كانت أمهات الأطفال تتمعن بتسجيل شدة الجلجة لدى أطفالهن في ذات اليوم بالمثل .

ثانياً ، مقياس النضج الانفعالي ، Social Maturity

طبق هذا المقياس قبل بدء الجلسات العلاجية وعقب الانتهاء من الجلسات العلاجية كوسيلة لتقويم الأسلوب العلاجي المستخدم .

ثالثاً ، مقياس للتعرف على شدة الجلجة Rating severity of stuttering

أجرى العلاج باللعب الجماعي لمدة ساعة مرة واحدة كل أسبوع لمدة خمسة أشهر ، وكان المعالج الرئيسي يدير الجلسات العلاجية ، ويساعده أحد أخصائي العلاج الكلامي الذي كان يدير الجلسات العلاجية أثناء مناقشة المعالج مع أمهات الأطفال المتلعجبين للتعرف على مدى التقدم في العلاج ، طبق واكبا طريقة العلاج باللعب غير اللوحي تبعاً لمبادئ إيكسلين (1974) Axline وكان المعالج يعمل على توسيد العلاقات التفاعلية بين الأطفال في الجلسات الأولى من العلاج ، كما كان يوجد معالج آخر يقوم بإرشاد الأمهات للعمل على تهيئة بيئة أسرية سليمة .

وبتقديم العلاج ويتوسطه عمليات اللعب التعاوني Cooperative لاحظ المعالج خلالها إن حالات اللجاجة تظهر بشدة بعد مظاهر السلوك العدوانى بين الأطفال ، وذلك لأن الطفل المتلجج كان يشعر بتقبل من جهة المعالج أثناء جلسات اللعب العلاجية وبالتالي يخفف القلق لديه ، ويتصرف على طبيعته.

وتبدأ مظاهر السلوك ، العدوانى فى الظهور حيث أن الطفل استطاع قمع مشاعر الخوف والإحباط ومع أدراك الطفل لهذه المشاعر عن طريق إظهار السلوك العدوانى ، بدأت العلاقات الاجتماعية التفاعلية فى التأسيس فى هذه المرحلة .

كما لاحظ المعالج أن فترات التقلب والتردد Fluctuation period لدى الأطفال ترجع إلى ظاهـر السلوك العدوانى واللعب التعاونى مع بقية الأطفال ، لأن فى هذه المرحلة ما يرد الطفل قويه يصبح واضحا وبالتالي يشعر بالراحة أثناء هذا التفاعل اللفظى مع بقية الأطفال المتلججين اللذين يمتلكون القدرة اللفظية نفسها عندما يلعبون مع بعضهم البعض ، هذه الحقائق تغير من إنتاج الكلام ، وهذه المرحلة تتفق مع مرحلة التقلب (التذبذب) (حيث أن تغيير طريقة الطفل فى الكلام) ، ترجع إلى شعور الطفل بالراحة النفسية المتمثلة فى مواقف العلاج باللعب الجماعى ، وتشير نتائج الدراسة إلى أنه نتيجة انخفاض شعور الأطفال بالقمع النفسى تجاه الكلام وانخفاض الخوف من التحدث مع الآخرين حيث تبع ذلك انخفاض ملحوظ فى درجة اللجاجة لدى الأطفال .

كما قام المعالج بعمل مسح شامل لمتابعة الأطفال بعد (خمسة) سنوات و(ستة) أشهر عقب انتهاء فترة العلاج مما أكد فاعلية الأسلوب العلاجي المستخدم .

قام جان جوراج (1974) Goraj بدراسة بعنوان علاج اللجاجة كتدخل مفاجئ على عينة قوامها (٦٦) فردا ممن يعانون من اللجاجة الشديدة ويعتبر مفهوم التدخل الفاجئ Intervention crisis الذي ينفذ عندما يواجه عبء تعيق تحقيق أهداف هامة .

يتحدد البرنامج فى النقاط التالية ،

- تدريب المتلجلجين على استخدام بعض أساليب العلاج الكلامي .

- الانضمام إلى جماعة علاجية مكونة من (٢ إلى ١٠) أشخاص تجتمع مرتين أسبوعيا في أحد هاتين اللرتين يتم التركيز على الانفعالات والخاوف التي تعاني منها الحالات .

- وفي المرة التالية يبدأ بعمل تدريبات كلامية ، و تحسين حالة اللجلجة والظاهر المختلفة لسلوك اللجلجة ، ويمرر للمتلعج في هذه الجماعة بخبرة إن هناك آخرين يعانون من نفس الإعاقفة الكلامية وتعد هذه الخطوة جادة نحو خطى العلاج ، فهم كجماعة يشجعون بعضهم البعض ويعملون على رفع الروح للعنوية فيه ما بينهم .

ويتم التركيز في جلسات العلاج الجماعي على الواقف التي لها مغزى في حياتهم ، وترتبط بانفعالات قوية ، حيث يتم وصف أحد الأعضاء لمشهد من المشاهد سيتم تمثيله ويتذكر الانفعالات الأليمة المترنة بهذا المشهد ، واستخدم جان جوراج GoraJ الفنيات العلاجية التالية في جلسات العلاج الجماعي ،

فنية لعب الدور ،

يتم تمثيل مشهد من المشاهد من الحياة الواقعية يكون له أهمية بالنسبة للأعضاء ، وهذا يتيح الفرصة لمناقشة الأحداث الواقعية على مستوى أعمق من مجرد سرده ، كما يتم التركيز على مشاركة أعضاء الجماعة لانفعالات الآخرين

فنية الكرسي الخالي ،

تعد هذه الفنية ذات فائدة كبيرة في توضيح للشاعر للتضاربة التي يشعر بها المتلعج ، ويتم تطبيقها عن طريق توجيه الشكوى إلى نفسه بأن يتصور نفسه جالسا على كرسي خالي أمامه ويبدأ في مخاطبة جزء من ذاته يفهم بأنه لا يساعده ويقلل من شأنه ويحاول أن يترك أن لجلجلته كجزء من شخصيته معزولة عنه ، ويساعده للعالج على تفهم إعاقته الأساسية واضطرابه النفسي الذي بدأ في مرض اللجلجة.

ويقوم أعضاء الجماعة الآخرين بالمساعدة على تفهم إعاقفة كل منهم الآخر ، ولكن للمشاركة في الجلسات العلاجية استخدام فنية الكرسي الخالي عدة مرات ليوأجه

نائه موضعا نقاط الصراع الأساسية ، و قد يطالب من الفرد أن يفرل العقاب على من يتسبب في مشاعر الألم وبالتالي يمكن للغضب أن يكون كرد فعل .

كما يمكن استخدام مواد فنية كالرسم وباستخدام الألوان المائية ، الخيوط الملونة، القيام بعمل الفنتة ، وقد تكون - هذه الأقنعة قبيحة الشكل ، وقد تكون الأقنعة مقبولة تعكس انفعالاتهم .

والغرض من تطبيق هذه الأساليب السابقة أن يدرك للتلعيلج أنه مسئول عن لجلجلته حيث يدرك أن تقلص الحنجرة و الضغط على اللسان يساعد على إعاقة تنفسه وبالتالي حدوث اللجلجة ، كما يتم تشجيعه على مراقبة نفسه أثناء التحدث في المرة ويتعرف على الحركات الثانوية اللازمة للجلجة ومن ثم يمكن أن يخفض من تلك الحركات . كما كان للتلعيلج يستخدم (الليفون) للتحدث من خلاله وإقامة حوار مع آخر غريب للسؤال عن إرسال طلبات من إحدى المحلات ، أو العجز في أحد المسارح .

وعن طريق تسجيل عينة من كلام التلعيلجين قبل وبعد استخدام الأساليب العلاجية ، بنا واضحا أن استخدام الأساليب العلاجية السابقة الذكر تؤدي إلى تقليل الإعاقة من خلال إتاحة الفرصة للتعبير عن الذات ، كما تحسنت طاقاتهم اللفظية ، وانخفضت نسبة اللجلجة بشكل ملحوظ .

كما استخدمت أورسولا شايدجر (1987) Scheidgger أسلوب اللعب لعلاج الأطفال للتلعيلجين وذلك بهدف ،

إتاحة الفرصة للعامل للتلعيلج لكي يخبر النمو في جو يتسم بالتقبل والدفع والود ، ذلك لكي يساعد الطفل على أن يثق بنفسه ويمتدته على التخلص من اللجلجة ، وليتعلم مواجهة ظروف البيئة المحيطة به .

تلقي الأطفال عدة جلسات علاجية باللعب ، ولقد استخدم الأطفال الكثير من أدوات اللعب مثل ألعاب الفرد (الزهر) وألعاب خاصة بالشواطئ كالجاروف والرمال والماء لبناء الأبراج والسدود ، ودمى تمثل الجنود الأعلاء ، ورعاة بقر ، والهنود الحمر ،

وتعتقد لرسولا شايديجر ان الهدف من هذه الألعاب هو التغلب على الصراعات الدفينة لدى الأطفال ولكي يتعلم الأطفال كيفية مواجهة الهزيمة بشجاعة مثلما يواجهون الانتصارات . ولقد تم العلاج وفقا لثلاث مراحل :

للمرحلة الأولى ، تأسيس علاقة بين للعالم والطفل :

حيث اعتبرت فترة تعارف بين الطفل والعالم لتصبح مدخلا للتجاوب مع الطفل ولكي يعود على مواقف اللعب .

للمرحلة الثانية ، مرحلة الحوار :

وهي مرحلة الحوار لمناقشة الصراعات والتعرف على الصراعات الدفينة ، وإستقاط مشاعر الأطفال على أدوات اللعب وعلى العلاقة نفسها ، وتوطيد العلاقة للعالم بالطفل ، ولقد وجد كثير من الأطفال المتلجلجين أنفسهم في مواجهة مشكل صعبة خاصة ألعاب النافسة والسباقات التي تنتهي بفائز او مهزوم ، فإكان الأطفال يهذلون كل ما في وسعهم حتى ينجحوا ويتجنبوا الهزيمة ، ويصاب كثير من الأطفال بالإحباط عندما يدركون أن للحظ دورا كبيرا في بعض الألعاب مثل النرد (الزهر) ، ووجد أنه عندما استطاع بعض الأطفال التخلص من التقيد بضرورة النجاح في اللعب بغض النظر عن النتيجة ، وجد أنهم تخطوا خطوة إلى الأمام نحو تأكيد ذواتهم .

للمرحلة الثالثة ، مرحلة الاستقلال :

في هذه المرحلة يستقل الطفل ويفصل عن للعالم وتلوقف العلاجي ككل مع توطيد إمكانيات الحياة الجيدة المكتسبة وربطها بالتعامل اليومي . ولقد قامت للعالم بإجراء عدة لقاءات مع أولياء أمور الأطفال لكي تتعرف على الآتي :

١ - تاريخ الحالة وعلاقته بالأسرة وعلاقة ذلك باللجنة .

٢ - إعطاء الوالدين فكرة واضحة عن جلسات العلاج باللعب .

٣- إعطاء الوالدين فكرة عن مدى أهمية تعاونهم مع المعالجة باعتبار أنه شيء أساسي في العلاج ، وله تأثير كبير على الطفل ، أما إذا طلب الطفل من المعالجة عدم إجراء حديث مع والديه فكانت المعالجة تحترم رغبة الطفل تجرى مقابلات معهم (وكان يحدث هنا مع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٦-١٣) سنة . ولقد أسفرت الدراسة عن :

١- تغير في شخصية الطفل .

٢- تزايد وعي الطفل وإدراكه لذاته ، وتعرفه على قدراته ورغباته وبالتالي استطاع التكيف مع مواقف اللعب المختلفة .

٣- ازدياد خبرات الطفل الإيجابية حيث ظهر ذلك أثناء تعامل الطفل مع أسرته ، كما تزايد عدد الأصدقاء بالمدرسة .

٤- انخفاض شدة اللجاجة .

كما ترى للمعالجة أن الأهم من انخفاض درجة اللجاجة هو تغيير اتجاه الطفل نحو قصوره اللغوي ، وتراجعته من بؤرة اهتمامه ، وبالتالي انخفاض درجة اللجاجة لدى بعض الأطفال ، كما اختفت تماما عند البعض الآخر ، ويتضح من ذلك أن العلاج باللعب يساعد الأطفال في فتحهم الشخصي وهي التغلب على الاضطرابات اللغوية التي يعانون منها.

وبذلك نجد أن مسئولية العلاج هي مساعدة المتلعج ليس فقط التغلب على أعراض اللجاجة ولكن الأهم هو مساعدة الفرد على أن يجد نفسه كفرد وأن يحول الطاقات الكامنة بداخله إلى طاقات للعمل البدع ، وعلاقات إنسانية أفضل يحول مسئولية نفسه حتى يستطيع في النهاية تحقيق ذاته كإنسان وسوف نقدم البرامج العلاجية التي يمكن الاعتماد عليها في علاج اللجاجة .

البرنامج الأول .

قدمته باريارا دومينيك (1959 - 961 : 1959) لعلاج اللجاجة مكونا
من مرحلتين وهما ،

المرحلة الأولى ،

لعلاج صغار للتلعجين الذين تتراوح أعمارهم بين (5- 10) عندما يكون الطفل
أقل قلنا بشأن قصوره اللغوي ، ولم يتعرف بعد على تلك المشكلة هنا يكون العلاج عن
طريق إعطاء إرشادات للوالدين خاصة لأسلوب معاملتهم للحالة ، وعن طريقهم يتم
تخفيف التأثيرات البيئية غير المرغوب فيها ، هنا يصبح الاهتمام موجهها تجاه الوالدين
وكيفية معاملتهم ، وذلك للعمل على إتاحة الفرصة لئلا يسرى سليم ؟ ولتخفيف
التأثيرات غير السليمة ، وذلك بهدف مساعدة الطفل على تخفيف حدة صراعاته
الداخلية حتى تحد من استمرار وتطور المشكلة إلى مرحلة (اللجاجة الحقيقية) .

ويتخذ علاج الآباء شكل إرشادات توجه لهم بهدف تحسين علاقة الوالدين
بالطفل عن طريق اتباع نقاط منها،

- ١ - عدم إشعار الطفل بأنه شاذ أو مختلف عن الآخرين في طريقة كلامه حتى
لا يكون حساسا نحو الطريقة التي يتحدث بها .
- ٢ - تحسين صورة الطفل بصفة عامة .
- ٣ - العمل على تحسين المناخ البيئي المحيط بالطفل ، والتخفيف من حدة
العوامل التي تعمل على إثارة التوتر والاضطراب للطفل .
- ٤ - تنمية الشعور بالثقة والاستقلالية والحب للتبادل والاحترام لدى الطفل
- ٥ - العمل على تنمية شعور الطفل بالاتفاق مع نفسه .
- ٦ - تشجيع الطفل قدر الإمكان على الاندماج بحرية مع الأطفال الآخرين

٧- مساعدة الطفل على النمو نموا سليما وعلى التعرف على طاقاته الكامنة وقدراته الابتكارية .

٨- تنمية الشعور بالحب والود للتبادل والانتماء بين أفراد العائلة

وتضيف دومينيك Dominick أن تلك الأهداف تبدو شاملة جدا بحيث تبدو من الصعب تحقيقها ، ولكن حتى التنفيذ الجزئي لتلك الأهداف ممكن أن يساعد الطفل للتجلبج في كفاحه من أجل تحقيق الذات والتغلب على قصوره الكلامي .

المرحلة الثانية (لعلاج للتجلبجين الراشدين) :

عندما يصبح الطفل منركا لصعوبة الكلام ويتأخر تماما بمدى ردود الأفعال الناس تجاه قصوره اللفظي . والعلاج في هذه المرحلة مختلف عن للرحلة الأولى حيث يكون الهدف منصبا على شخصية للتجلبج وتصحيح كلامه اللفظي ، هنا يجب الاهتمام بمساعدة التجلبج على أن يتعرف على ذاته وتحقيق وجوده الشخصي ، وذلك من خلال المبادئ الآتية ،

- تشجيع التجلبج على أن يبدأ ويستمر في العلاج ،

كثيراً من المرضى تكون لديهم فكرة مسبقة عن أن عملية العلاج ليست بالأمر السهل ، وإن العلاج يحتاج لمعجزة حتى ينجح لذلك فإنهم غالباً يكونون حزينين ، وفي الوقت نفسه لديهم رغبة حقيقية في تلقي المساعدة للعلاج ، ولكن لديهم مقاومة لهذا العلاج و ينهضي على للعالج أن يشجع المريض على الاستمرار قدر الإمكان في العلاج ، وإن يعطيه بعض المعلومات المتعلقة بالعملية العلاجية وحدودها .

فيحاول المعالج التخفيف من حدة شك المريض وقلقله على نفسه بإقامة علاقة بينه وبين التجلبج تتسم بالود والحرز ، في الوقت نفسه فإنه يستطيع أن يطمئن المريض بقوله ، " نعم أنا لیس ککل لسی شک فی مقدرتی علی مساعدتک وعلی حل مشکلاتک بشرط أن تكون مستعدا للتعاون معي ، فإننا ساعدتني فأننا واثق من نجاحنا " .

- على المعالج ألا يعمل على إزالة أعراض المرض فقط ، وإنما يجب التعامل مع البناء الشخصي للفرد ككل ، ويأتي هذا عن طريق ما يطول التلجيج إن يغير عنه عندما يتكلم خاصة في المواقف التي تزداد معها درجة اللجاجة وأن يطول التعمق للتعرف على المعاني الخفية لكلام المريض من قلق وخوف ومشاعر عنانية ورغبات متناقضة .

- تخفيف حدة الاضطراب في علاقة للمعالج بالمريض ، وذلك بأن تتسم العلاقة بين المعالج والمريض بالحزم ، وفي الوقت نفسه تتسم بالدفء والود ، وبهذه الطريقة يتلقى المعالج الاحترام من قبل المريض ، و يكون قادرا على أن يشعر المريض بقدر من الأمان .

- تحرير المريض من القلق والخوف للتعليق بالاضطراب ، قد نجد للتلجيج يعيش في خوف مستمر من تهديد بأنه الذي يحميه مع ما يصاحبه من خوف من التمزيق والضياح ، فإنه يمكن مساعدته بأنه يشعره بالأمل والتخفيف من الشعور بالإحباط ، وبانخفاض نسبة القلق والتهديد فإنه سيكون قادرا على مواجهة صراعاته ، وتكون لديه الشجاعة ليس لتقبل نفسه كما هي في الواقع ، وايضا تكون لديه الشجاعة لأن يغير نفسه .

يعتقد برو مفيتوبيك (35 : 1988) Bramflitt & Peake أن علاج اللجاجة للراشدين كان وما يزال يحتل مكانة كبيرة من قبل الدارسين والعالمين ويشتمل جزء كبير من هذه المداخل على تدريب للتلججين أو مساعدتهم على إعادة تغيير اتجاهاتهم نحو اضطراب اللجاجة .

وهناك محاولات عديدة للتخلص من اللجاجة باستخدام العقاقير حيث استخدمت بهدف تخفيف حدة القلق التي يعاني منها التلججين ، وكان استخدامها بقدر معين بحيث لا يؤثر ذلك على وعي التلجيج وإدراكه ولكن وجد أن هذه الطريقة لم تات بالنتائج المرجوة ومن الأفضل استخدام أسلوب علاج كلامي كمعامل مساعد بجانب تعاطي هذه العقاقير .

البرنامج الثاني :

يقدم ميلكرد بيرى ، وجون ايزنسون (1956: 284 - 278) Berry & Eisenson برنامجا لعلاج اللجاجة أساسه الوقاية من الوعي بالفصوص اللفظي ، ويتحقق ذلك الوعي من خلال التحكم في رد فعل الكبار المحيطين بالطفل عندما تحدث اللجاجة (في المرحلة الأولية للجاجة) .

وفى هذا يقول فان رير ، " ان أسلوب معاملة الطفل للتجليج في المرحلة الأولية هي أن تدعه و تتعامل مع أبويه و مدرسيه " .

ولهذا يعتقد بيرى وايزنسون أن العلاج الفعال ينبغي أن يشمل الآباء لأنهم مصدر للمعلومات عن الطفل ، كما يكون باستطاعة للعالج التعرف على اتجاهاتهم نحو الطفل ، فيجب استخدام فنيات العلاج عن طريق الآباء والمحيطين بالطفل وبواسطة المعالج أيضا .

وتتلخص إجراءات العلاج فيما يلي :

١- المحافظة على الصحة ،

غالبا ما يرافق للربض مظاهر قصور مؤقتة في القدرة على الأداء اللفوي ، وبالتالي تزداد درجة اللجاجة في تلك الفترات وينبغي على الآباء أن يضمنوا ذلك في تقديرهم حتى لا يتسبب ذلك في قلق زائد على الطفل ، وينعكس عليه فيما بعد . كما ينبغي العناية بصحة الطفل للتجليج بصورة عامة وإعطاء الوقت الكافي للراحة والنوم لما لذلك من تأثير على الكفاءة اللفظية.

٢ - تحديد الظروف للربطة بنقص العلاقة اللفظية ،

التعرف على معاملة الأفراد المحيطين بالطفل بصفة دائمة وخاصة الوالدين من أجل تحديد الظروف وللاولاف للربطة بنفس العلاقة اللفظية .

عمل حوار كلامي مع الطفل بعيدا عن والديه وعمل حوار آخر في حضورهم من أجل التعرف على تأثيرهم على نوعية وطبيعة نقص طلاقة الطفل إذا ما حدثت اللجاجة .

٢- ضرورة إرشاد و توعية الوالدين :

بان لجلجة الطفل في الصغر (المرحلة الأولية) شئ طبيعي ، لكن ينبغي ألا يلام الآباء على قلقهم في القصور اللفظي لأطفالهم ، وإنما يجب أن يعرفوا أن الاهتمام الزائد قد ينتقل إلى الطفل فيصبح قلقا وغير مطمئن تجاه قصوره اللفظي ، ولذلك فننقص الطلاقة اللفظية بدون وعى من الطفل أو قلق يعد سلوكا طبيعيا وليس مرضيا .

٤- توعية الوالدين ببعض الحقائق الخاصة بالطلاقة اللفظية مثل :

أ- ترتبط الكفاءة اللفظية بوضع الطفل وترتيبه في الأسرة ، فالطفل الأول أو الوحيد في الأسرة يكون أكثر طلاقة من الطفل الثاني والثالث .

ب - تعد الإناث أكثر براعة في تعلم الكلام بالمقارنة بالذكور وبالتالي فهن أكثر طلاقة من الذكور .

٥ - تحليل للواقف المرتبطة بزيادة شدة اللجلجة ، ينبغي التعرف على للواقف المرتبطة بحدوث اللجلجة من خلال إجابات الأسئلة الآتية :

- ١ - هل تحدث اللجلجة في وقت معين من اليوم ؟
- ٢ - هل تحدث اللجلجة مع أفراد معينين ؟
- ٣ - هل تحدث اللجلجة في مواقف مرتبطة بمخبرات سلبية سابقة ؟
- ٤ - هل تشتد درجة اللجلجة عندما يكون الطفل متعبا ؟
- ٥ - هل تشتد درجة اللجلجة عندما يسأل الطفل أسئلة مباشرة تتطلب إجابات محددة ؟
- ٦ - هل تحدث في كلمات معينة ؟
- ٧ - هل تحدث عندما يحاول الطفل لفت الانتباه ؟
- ٨ - هل تزداد نفس الطلاقة في حضور مستمع ناقد ؟

إن الإجابة على هذه الأسئلة تساعد في معرفة ما إذا كان نقص الطلاقة تعد استجابة لضغط مكثف ، وإذا كان هذا الضغط هو السبب فمع من أعضاء بيئة الطفل يكون أكثر ؟ فإذا كان الطفل يعيش في بيئة تفتقر إلى الاهتمام ، فقد تكون اللجاجة من أجل شد الانتباه إليه .

وإذا كان الطفل يتلعجج أكثر في وقت معين من اليوم فيجب دراسة يحدث في الفترة التي تسبقها أو التي تليها وإخضاع تلك الفترة للفحص والتقويم أما إذا تكرر حدوث اللجاجة عندما يكون الطفل مرهقا أو متعبا فالأفضل يشجع الطفل على كثرة الكلام حتى لا تساعد على إثراك قصوره اللفظي ، ينبغي أن نقول له " لا تتكلم الآن لك متعب ولا تتحدث جيدا " .

أما إذا ارتبط حدوث اللجاجة بكلمات أو مواقف معينة فيجب تحديدها ، فإذا كانت الكلمات تمثل انكارا أو مواقف مرتبطة بضغط نفسية معينة فالأفضل إزالة تلك الضغوط عن الطفل أو تخفيفها ، وإذا لم تستطع فيجب مساعدة الطفل على فهمها وتقبلها في حدود قدراته ، فعالها ما يكون البالغين غير مدركين لدى محاولة للفاصلة والتجاهل لحديث الطفل ، وقد يحاول الطفل مناقشتهم فإذا نجح في ذلك يأمره الوالدان أن يلزم الصمت وإذا فشل فقد يشعر بالإحباط ، وهي صلتا العاليتين فإن الطفل يمر بتجربة المقاطعة القروضة عليه ومن ثم فإنه يلزم الصمت ، وبتكرار مثل هذا النوع من الخبرات فقد يبدأ الطفل في كبت كلامه الخاص أو محاولته للنقاش ، وينتج عن ذلك مقاطعة الذات والتردد والإعاقة الكلامية .

٦- توفير فرص تنبج طلاقة الكلام نسبيا ،

فلقد أوصينا مبكرا ألا نشجع الطفل على الكلام في مواقف يتكرر فيها حدوث اللجاجة ، وعلى العكس من ذلك فينبغي أن يشجع الطفل على الكلام في المواقف التي يكون فيها طلق الحديث ، وهذه المواقف عادة ما تكون خالية من التوترات أو الضغوط النفسية ، ومن ثم فيكون لدى الطفل فرصة لممارسة الكلام بأسلوب يرتاح له الكبار، وهذا يساعد على تدعيم الطلاقة اللفظية لدى الطفل .

البرنامج الثالث :

يقدمه ميريل مورلي (Morley 1972:463-457) يتضمن البرنامج العلاجي

النقاط التالية :

- ١ - تفهم طبيعة اللججة وكيفية توافق للتلجج مع نفسه .
- ٢ - ممارسة تدرجات الاسترخاء.
- ٣ - القيام بتدريبات تساعد للتلجج على التحكم في تقلصات أعضاء الجهاز الكلامي .
- ٤ - إجراء مناقشات تتعلق بالصعوبات التي يعانيها للتلجج في الموقف الكلامية .
- ٥ - ممارسة العلاج الكلامي الجماعي حتى يمكن إكساب للتلجج ثقة عند التحدث

١ - التوافق مع اللججة :

يرى ميريل مورلي Morley أن التلججين لديهم خوف عميق من أن بهم شيئاً خاصاً ، وأنهم مختلفون عن الآخرين ، وتلك الأفكار وللشاعر تكون نتيجة طبيعية لرد فعل الآخرين نحو إعاقاتهم ، فالتلجج لديه القدرة لأن يتكلم بشكل طبيعي ولكنه لا يستطيع الحفاظ عليها تحت كل الظروف ، ومن ثم فإنه يميل لاعتبار اللججة شئ مثير للإزعاج لأنه يعوق التعبير عما يجول بخاطرهم .

ومع ذلك يرى مورلي Morley أن تلك المشكلة لا تتعارض بالضرورة مع الحياة حيث نجح كثير من التلججين في التغلب عليها . إذا تم مساعدة للتلجج لأن يتقبل لججته بشكل موضوعي قدر الإمكان وإن يأخذ هذه الإعاقة في الاعتبار دون خوف أو انفعال وبذلك يتم تشجيع الاتجاه الإيجابي للربط بالنقطة في قدرة التلجج على التحدث دون لججة .

٢- العلاج عن طريق ممارسة تدرجات الاسترخاء :

لقد تم تأييد هذه الوسيلة العلاجية من قبل بعض للعالمين لأنها تعطي تحسن سريع وتلقائي في الكلام وتؤدي إلى انخفاض نسبة التوتر العصبي .

كما إن ممارسة أسلوب الاسترخاء بانتظام يؤدي إلى الشعور بالراحة والتخفيف من التعب البدني والذهني ، وفي الوقت نفسه يساعد على الهدوء النفسي الذي يؤدي إلى زيادة الكفاءة و الثقة في قدرة الفرد على مواجهة الحياة ، ومن مزاياه أنه يساعد على التحكم في الانقباض العضلي الحقيقي للجلجة ذاتها .

وأثناء ممارسة للتلعج لأسلوب الاسترخاء فإنه يشعر بسهولة إنتاج الكلام بطلاقة مع الاسترخاء ومن ثم يربط للتلعج بين الطلاقة اللفظية والشعور العام بالبساطة ، ويتم العلاج من خلال تدريبات في ممارسة التفكير بعمق ثم تدريبات على النطق مع التنفس العميق وحركات تحريره سهلة لعضلات الوجه ، وممارسة السهولة أثناء الكلام تزيد الثقة ، وتعمل على تنمية نموذج لكلام إيقاعي سهل دون مجهود مما يؤدي إلى انخفاض درجة الجلجة .

٣- تدريبات تساعد على التحكم في أعضاء الجهاز الكلامي ،

معظم التلعجين يريدون التعرف على تدريبات تساعدهم على التخلص من أعراض الجلجة ، وإن تكون تلك التدريبات يمكن ممارستها بالذلل ، فمثلا قد يطلب منهم ممارسة القراءة بالانزلة بصوت مرتفع حيث إن الكلام منفرنا يجعل للتلعج يعتاد على الطلاقة بإيقاع طبيعي ودون مجهود . كما تعتبر الممارسة Negative Practice من الأساليب التي تساعد على التخلص من أعراض الجلجة حيث يطلب من التلعج إن يعمد إلى تكرار الكلمة التي يتلعج فيها مرة بعد مرة عبر فترة زمنية قصيرة جدا أو بدون فترة زمنية فاصلة بين هذه التكرارات . (Yates, 1970 ; 123)

وفنية الممارسة السلبية تقوم على مبدأ الفصل بين العادات اللا توافقية ، ونتاجها التعزيزية ، وذلك طبقا للبند الرابع من السلم التاسع لنظرية هل (حينما تتابع استجابات غير معززة في فترة زمنية قصيرة ، يزداد الجهد الكاف كدالة نمو موجهة لعدد المحاولات غير المعززة ، وهكذا تحدث ظاهرة الانطفاء التجريبي)

وطبقا لهذه النظرية نجد أن للتلعجج يقوم بتقليد وتكرار اللعجة بشكل إرادي وشعوري عدة مرات دون تلقى أي تعزيزات حتى يصل إلى السلاسة المطلوبة ، وبذلك نجد أن فنية الممارسة السلبية تتخرج تحت مينا الممارسة غير التعزيزية للسلوكيات واللاتوافقية ، مما يؤدي إلى ظاهرة الانطفاء التجريبي .

(حسام الدين عزب ، ١٩٨ ، ١٨٥)

٤- المناقشات :

إنهاء فترة العلاج يفضل مناقشة المشكلات التي تواجه التلعجج في المواقف المختلفة وتقديم المقترحات ومناقشتها مع التلعجج فيما يتعلق بالأسلوب الذي تتلاءم مع كل مشكلة في محاولة لإنهاء تلك الصعوبات وكذلك بطلب من المريض ألا ينزعج لحدوث اللعجة وأن يتقبلها ويتعلم كيف يتحكم فيها .

٥- العلاج الجماعي :

يسهل للتلعجج كفرد في جماعة علاجية حيث يقابل آخرين يشاركونه التجربة نفسها ، وبذلك تتوفر الفرصة لممارسة الكلام في مواقف سهلة ، ومناقشة ومقارنة مشكلاتهم الشخصية في الكلام ، هنا يتكون نبات تدريجي لكلام أكثر طلاقة وظهور اتجاهات وردود فعل جديدة تجاه المواقف المرتبطة بالكلام .

ويساعد العلاج الجماعي على انخفاض حدة اللعجة لأقصى حد وانخفاض حدة التقلصات المصاحبة لحثوث اللعجة وينمى ثقة الفرد في التعامل مع الآخرين في مواقف حياته الأخرى .

يقدمه هوجر جريجورى Gregory (1986: 109-104)

لاحظ جريجورى Gregory أن الأطباء للعاجين للجلجة يركزون على أربعة مجالات لعلاج الأطفال للتلعجيين وهم ،

١ - الضغط الاتصال (مثل الطريقة التي يتكلم بها الآباء مع الطفل أي درجة سرعة الكلام) .

٢- التفاعل العام بين أفراد الأسرة " ضغط العلاقات الشخصية المتبادلة " .

٣- فروق النمو اللغوي والحركي .

٤ - الصلابة اللفظية .

ويقرر جريجورى Gregory أنه أصبح هناك اهتمام خاص بالعوامل التفاعلية بين الوالدين والطفل ، وأنها تحتاج بالفعل إلى تعديل ، فينبغي التعرف عليها ، وتقويمها قبل استخدام أي وسيلة علاجية ، أما الأسلوب الأمثل للكلام مع الطفل المتلعج فهو الكلام ببطء ، واستخدام الكلمات السهلة مع التدريب المستمر على التنفس العميق ، وزيادة في طول أجزاء الكلام ، ولا ينبغي قطع الطفل لأن يسرع في الكلام ومقاطعته أثناء الكلام ، أو عدم الانتباه لما يقول .

كما أهتم جريجورى Gregory بملازمة للعلاج بالطفل للتلعج في هذه المرحلة العمرية (مرحلة الطفولة) حيث ركز على أهمية العلاقة الإيجابية التي تتسم بالود والتقبل وأنها تعد من الأمور الحاسمة من أجل علاج ناجح ، فيجب على المعالج أن يكون متفهماً لحالة الطفل ، ويجب الاستماع لشاعره التي تصور حول مشكلة للجلجة .

بالنسبة للمتلعجين الراشدين يقرر جريجورى أنه لا ينبغي تقديم وسيلة لعلاج للجلجة و إنتاج الصلابة اللفظية بسهولة ويسر ، ولكن الأفضل أن بصغي المتلعج إلى لجلجته ، وأن يتعرف على سلوكه الكلامي أثناء حدوث للجلجة وبالتدريج يتعرف على طريقة كلامه عن طريق التفكير وبعد ذلك يرى كيف أنه يستطيع أن يتلعج

بسهولة أكبر ، وبهذا الأسلوب فإن التلجلج لا يتجنب حدوث اللججة بالقدر الكافي ، لأنه استطاع دراستها وتحديد أعراضها ، وفي هذا الصدد يؤكد Sheehan أن للنصابين باللججة يحتاجون لأن يتركوا بشكل أكثر واقعية أنوارهم المزدوجة كأفراد يتلجلجون ، وأيضا كأفراد يتكلمون بشكل طبيعي .

ولقد أعطى جريجورى اهتماما خاصا بمتابعة المريض بعد العلاج حيث يقرر أنه قد بنخدع كلا من للعالج والمريض إلى السهولة الواضحة في تعديل اللججة في العيادة وأن التلجلج أصبح يتكلم بطلاقة .

ولذلك ينصح للعالج بأن يخصص لتعميم تلك الطلاقة المكتسبة في اللواقف التي تقابل المريض خارج العيادة ، ومن الفضل استخدام التحصين التدريجي بأن يعمل المعالج تسلسل هرمي للمواقف الكلامية ، ومن الأسهل للأكثر صعوبة ، وبالتدرج يتم ملاحظة أسلوب الكلام ، وسلوكيات أخرى على التوالي .

من الأمور الهامة للتدريب على ضبط النفس وتقويم الذات ، ولذلك اكدت عدة برامج على أهمية تلك الفترة من بداية العلاج ، فإذا كان التلجلج لا يستطيع مراقبة وتقويم ذاته فكيف يصبح التحول ناجحا .

البرنامج الخامس :

قدم فرانسيس فريما (681 - 685 : 1982) Freema الذي عمل ما يقرب من مئتين ونصف قرن في البحث عن علاج اللججة ، وهذه وجهة نظره في العلاج حيث يرى أن العلاج الجيد للججة ينبغي أن يبنى على أساس تفرد كل إنسان وظروفه الخاصة واحتياجاته الحالية والمستقبلية ومدى إدراكه لمشكلته بمعنى أن العلاج ينبغي أن يشتمل على خطة علاج فردية ذات أهداف محددة مع ضرورة عمل متابعة ملائمة لمشكلات الفرد وظروفه واحتياجاته .

ومن سمات العلاج الجيد أنه ،

١ - ينمى وييسر النمو الشخصي .

٢- يعمل على تقبل الفرد لنفسه والثقة في قدرته على كفاءة الاتصال
Communicative adequacy .

٣- يؤدي إلى تحسين الطلاقة وإلى القدرة على التحكم الإرادي في إنتاج الكلام المقبول اجتماعيا .

والعلاج لا ينتهي بالوصول إلى طلاقة جيدة في مواقف العلاج وإنما العمل على توفير تدعيم مناسب لتقوية الطلاقة في مواقف الحياة الأخرى للحفاظ على الطلاقة المكتسبة .

ولقد قسم فريما Freema برنامجه العلاجي إلى ثلاث مراحل :

١ - المرحلة الأولى خاصة بالأطفال الصغار (في بداية اللججة) .

٢- المرحلة الثانية خاصة بالأطفال (المركين للقصور اللفظي للـلججة)

٣- المرحلة الثالثة خاصة بالـللججين الكبار .

لولا ، الأطفال الصغار ،

يرى فريما إنه في حالة الطفل الذي بدأ لثوه في اللججة لا ينبغي أن تخبر الوالدين بعدم القلق أو تجاهل المشكلة لأنهم لن يكونوا قادرين على تجاهل مشكلة الطفل ، وأنه يجب أن يعرفوا بأنها مسئولية معالج متخصص يعمل على توفير خطة علاجية بناءة ، وخطة العلاج هنا تخفيض أو إزالة الضغوط المسببة لحالة اللججة مثل ،

١ - الضغوط البدنية ،

يجب أن يشمل البرنامج العلاجي على تنظيم وقت الطفل ، وتوفير وقت كاف للنوم والراحة ، والتغذية المنتظمة لإزالة التعب الذي قد يزيد من مظاهر القصور اللفظي .

٢ - الضغط الانفعالي :

مساعدة لآباء على تخفيف مصادر الضغط الانفعالي على الطفل خاصة بالنسبة لبعض المواقف المرتبطة بالضغوط الانفعالية ، مثل مواقف التغذية ، والتدريب على استخدام الحمام ، وإرغام الطفل على النوم ، هنا ينبغي إرشاد الوالدين لاستخدام أساليب قائمة على التفاهم للتبادل بينهم وبين الطفل لحل هذه المشاكل بهدوء وبدون ضغوط انفعالية .

٣- الضغط الاتصالي ،

إرشاد الوالدين إلى أهمية خلق مواقف اتصالية سارة وناجحة مع الطفل ، ففي التعامل مع آباء الأطفال للصائين بهدنيات الجملة من لهم أن يتعرف والذي الطفل المصاب بهدنية الجملة على الأسلوب الأمثل للكلام مع الطفل .

فإن النموذج للرغوب من أجل تخفيض حجم الجملة ، هو الكلام ببطء مع إطالة قليلة في الحرف ، بالإضافة إلى أنه عندما يتوقف الكبار يفكرون هم قبل الكلام ، فإنه يكون لدى الطفل وقت ليفكر أيضا قبل الكلام .

فالقاعدة ، " لا تخبر الطفل أن يهمل ، أو يتكلم بهدوء ، أو يفكر قبل الكلام ، ولكن وضع له كيف يفعل تلك الأشياء عن طريق تقديم تلك النماذج في كلامك " .

ثانيا ، التلميحون الراشدون ،

هنا يجب التركيز على تخفيف الانفعالات السلبية والعمل على تيسير التوافق الشخصي ، ويرى دريما أن هناك بعض أساليب العلاج الكلامي تؤدي إلى تحسين مؤقت لحجم الجملة ، ولكن المشكلة العظمى ليست في تعليم للتلميح أن يتكلم بدون قصور لفظي ، و لكن الأهم مساعده في أن يعمم تلك الطلاقة في مواقف الحياة اليومية وليست في مواقف العلاج فقط .

ويوجد ثلاث عوامل مرتبطة بهذا المجال ،

١- يحتاج للعلاجون وللتلجلجون إلى أن يتعرفوا على الجهود القروض بذله من أجل الحفاظ على الصلابة بينما يمكن تعديل الكلام في فترات قصيرة من العلاج المكثف ، فان التعود على هذا الأسلوب الجديد ، وصيانتة ، والحفاظ عليه ، يحتاج إلى رعاية وتدعيم منظم ومساعدة على فترات ممتدة .

بمعني انه على التلجلج ان يقتر الصعوبات للربط لكيفية الحفاظ على طلاقته ، وهذا هو يحتاج إلى ان يتحرر من الشعور بالذنب والفشل والاكتئاب الذي يصاحب فترات الانهيار الكلامية بالإضافة إلى التدعيم المستمر .

٢- يجب على العلاج ان يقتر التحليلات في مفهوم الذات ، والتوافق الشخصي ، والعلاقات الشخصية التبادلة التي يجب ان يواجهها التلجلج عندما يصبح فجأة متحدث لبق ، وفي رأى فريما (١٩٨٢) Freeman ان بعض المصابين قد يتنازلون عن مكاسبهم بسبب انهم لا يستطيعون التعامل مع تلك التوافقات الجديدة

٣- اختيار الوسيلة المفضلة بتعديل كلام التلجلج فان الوسائل التي استخدمت لتعديل الكلام تؤدي إلى انخفاض القصور اللفظي ، ولكن ليس كل الوسائل تتساوى في سهولة التعود عليها كنموذج طبيعي مريح لإنتاج الكلام ، وأفضل هذه الوسائل ، هو ما يتطلب من التلجلج أقل قدر من الجهد والبطء لتعديل الكلام ، وقد تحدث انتكاسات لبعض التلجلجين بسبب الآتي ،

* ان الحفاظ على شكل الكلام الذي تعلموه يتطلب وقتا وجهدا كبيرين وبالتالي يكون من الأمور الصعبة .

* ان شكل الكلام الذي تعلموه في العلاج يبدو غير طبيعي بشكل مبالغ فيه ، او صناعي يؤدي إلى رد فعل سلبي ، او تعليقات من المستمع تؤدي مشاعر للتكلم .

يعتبر إدوارد كونتر (163 - 169 : 1982) Counture من العلماء الذين يرون ان اضطراب اللججة ما هو الا مشكلة تنبع من التقدير الخاطئ للمحيطين بالطفل أثناء مرحلة تعلم الكلام .

و لذلك فهو يركز على الظروف البيئية داخل الأسرة وخارجها والتي يتعرض لها الطفل بصفة مستمرة يكون لها تأثير عميق على القدرات اللغوية لديه .

ويستطرد كونتر موضحا ان البيئة المنزلية للطفل والتي تتمثل في الوالدين قد لا تكون هي السبب المباشر في ظهور اللججة ، ولكن غالبا ما تكون عاملا مساهما في نمو واضطراب اللججة والحفاظ عليها .

ويبدو هذا واضحا في رد فعل الوالدين تجاه مظاهر عدم الطلاقة اللفظية التي تتأب الطفل في هذه المرحلة العمرية ٢ - ٤ سنوات ومن هذه المظاهر يلي :

- يكون لدى بعض الأطفال القدرة على الكلام وعلى الصياغة اللغوية ولكنها تكون متاخرة او منحرفة عن السوية بعض الشيء .

- قد لا يستطيع الأطفال التعبير بشكل سريع عن أفكارهم خاصة في المواقف الانصائية التي تنسم بالاضغوط الانفعالية .

- قد يكون لدى الطفل مهارات الإنتاج الصوتي ولكن إخراج الصوت لا يتم بالدقة والسرعة التي يتوقعها الوالدين من الطفل .

هنا نجد أن الوالدين غالبا ما يبنون تصريحات ضمنية أو صريحة ، وبالتالي ينقلون إلى أطفالهم تسامحهم أو عدم تسامحهم تجاه تلك الانحرافات الكلامية ، مثل التعبير اللفظي غير الدقيق ، لبنية لغوية دون المستوى ، التعبير اللفظي غير الملائم لأفكار الطفل .

ويستطرد كونتر Counture موضحا أن القضية هنا ليست فقط الأشياء المحددة التي يتناولها الوالدين بالنقد الصريح أو الضمني ولكن الحقيقة أنهم وبطريقة

روتيدي بصحون ، يعاقبون ، يظهرون الضيق وعدم التسامح إلى آخره من الأفعال التي تؤثر على قدرات الطفل اللفظية وتشعره بالقلق .

لذلك يرى كوتنر أهمية أن يتعرف الوالدين على تلك السلوكيات والنتائج التي تؤدي إليها ، وبالإضافة إلى ذلك هناك بعض الأمور التي لا تقل في أهميتها عما سبق وهي الضغوط النفسية التي يتعرض لها الطفل داخل الأسرة والتي تتضح من خلال الإجابة عن التساؤلات التالية ،

- هل يتوقع الوالدين من الطفل أن يتصرف كالراشدين ؟

- هل يشعر الوالدين الطفل بأنهم ليسوا سعداء نتيجة الأخطاء التي يقع فيها أثناء عملية التعلم ؟

كما يعطى كوتنر اهتماما بالغا بناحية أخرى مرتبطة ببيئة الطفل ذات أهمية في حدوث اضطراب اللجاجة وهي الطريقة التي يتبعها الوالدين في الكلام مع الطفل ، ومدى انعكاس ذلك سلبا أو إيجابا على القدرات اللفظية للطفل . ويتضح ذلك من خلال الإجابة على الأسئلة التالية ،

- هل يعاني أحد الوالدين من السرعة الزائدة في الكلام ؟

- هل يتكلم الوالدين مع الطفل بجمل طويلة معقدة ؟

- هل يميل الوالدين إلى مقاطعة الطفل باستمرار أثناء الكلام وبشكل غير ملائم ؟

- هل يتسم الوالدين بالطلاق .. أم هناك بعض الكلمات التي تنطق بشكل غير صحيح ؟

- هل أحد الوالدين من النوع الذي يحرص دائما على سلامة التعبير اللفظي ، وأخيرا يتساءل ديلورد كوتنر هل يستمع الوالدين لصوت العقل ويحاولون التوقف عن القلق على كلام الطفل بمجرد أن يخبرهم العالج " لا تقلق - طفلك سوف يتقلب على اللجاجة " .

ويجب كونتر قائلا " اعتقد أن ذلك غير كاف ، وأنه من الضروري إعطاء الوالدين معلومات كافية عن اللغة وكيفية نموها بشكل طبيعي ، وكذلك إمدادهم بالمعلومات الوافية عن اضطراب اللججة ، حيث أن هذا يساعد الوالدين في توضيح طبيعة وحجم مشكلة اللججة وما يمكن فعله تجاهها .
البرنامج السابع ،

حاول نان راتنر (1992: 14-20) أن يقدم أسلوبا غير مباشر لعلاج اللججة ، وهو وأن اتفق مع ادوارد كونتر (1982) Conture في التركيز على إصلاح بيئة الطفل المتلجج لكنه اهتم بصفة خاصة بالأسلوب الذي تتبعه الأم في الكلام مع الطفل المتلجج .

ويؤكد راتنر إلى أن هناك بعض الدراسات التي تشير إلى فاعلية هذا الأسلوب (خفض سرعة كلام الوالدين مع الطفل) في معالجة القصور اللفظي لدى الأطفال .

ويستطرد راتنر موضحا أنه على الوالدين لطفل مصاب بالljجة أن يعمدوا إلى مراقبة أسلوبهم في الكلام أثناء إجراء المعاداة اليومية مع الطفل ، لذلك فهو يقدم التوجيهات التالية :

- أن تعتمد الأم (الأب) إلى أن تتحدث ببطء مع الطفل حتى يعود هو الآخر على هذه الطريقة ، وبالتالي تقدم له نموذجا لكيفية الكلام يقتدي بها .
- استخدام عبارات قصيرة و غير معقدة التركيب .

ولقد قام راتنر Ratner بتطبيق هذا الأسلوب العلاجي غير المباشر على مجموعة من الأطفال المتلججين وامهاتهم من خلال الخطوات التالية :

- ١ - إجراء جلسات لعب مع الأطفال المتلججين وامهاتهم لمدة أسبوعين بواقع جلسة يوميا لمدة ١٥ دقيقة ، حيث قام العلاج بتسجيل كلام الأم مع الطفل أثناء اللعب للحصول على البيانات التي تتعلق بمتوسط سرعة كلام الأم ومستوى الصعوبة في تركيب الجمل التي تستخدمها الأم .

٢- تبدأ المرحلة الثانية من العلاج بأن يوجه للعلاج هذه التعليمات للأمهات " نحن مهتمون بالتعرف على ما سيحدث لكلام طفلك عندما تتكلمين معه بشكل أكثر بطلاً .

" لهذا نرجو منك أن تحاولي التحدث إليه ببطء وأن تستخدمي عبارات قصيرة وجمل بسيطة قدر الإمكان ."

٣- بعد أن تتعود الأم على الأسلوب الجديد في الكلام مع الطفل ، يطلب منها للعلاج استخدام هذا الأسلوب باستمرار مع الطفل في المنزل .

البرنامج الثامن ،

قدم بهار جاجا (91 - 1988.93) Bhargava برنامجا لعلاج اللجاجة ، حيث قام في البداية بعمل تحليل لسلوك اللجاجين ، ومن ثم استطاع تحديد العوامل التي تؤدي إلى زيادة اللجاجة لدى الطفل في المواقف الاتصالية وهي ،

- عندما يستنار .

- عندما يتكلم أمام مجموعة من الغرباء .

- عندما يتكلم مع كبار السن (أكبر منه في العمر أو السلطة)

- عندما يخاف (يتوقع) حدوث اللجاجة . وبناء على العوامل السابقة استطاع العلاج تحديد لشكلة الناتجة عنها وهي ،

- الخوف من مواجهة المواقف الاتصالية .

- عدم الثقة بالنفس .

- الامتناع عن الكلام خوفا من حدوث اللجاجة .

- الشعور بالدونية .

قسم بهار جاجا البرنامج العلاجي إلى ثلاث مراحل كالتالي :

أولاً ، النمذج Modeling .

يقوم المعالج بنور النمذج ثم يحاول للتعلج أن يقتدى به ؟ بمعنى أن يطلب المعالج من التعلج تكرار الكلام تبعاً للنمذج الذي قدمه خمس مرات بنون لجلجة ،ويتكرر هذا التمرين طوال الجلسة العلاجية مع عمل تغيير تدريجي في سرعة الكلام ، وأحياناً يطلب للمعالج من أحد التعلجين أن يقوم بعمل النمذج لباقي أفراد الجماعة ، ولوحظ أن هذه الوسيلة تعمل على خفض درجة اللجلجة داخل الجماعة .

ثانياً ، التقنية الرقدة السمعية ،

بعد الانتهاء من الجلسات العلاجية (خمس جلسات) للمرحلة السابقة ينتقل للمعالج لاستخدام هذه الوسيلة وهي تأخير التقنية الرقدة السمعية كوسيلة لعلاج عرض اللجلجة . حيث يقوم بتسجيل معاداة للتعلج ثم يعمل على إعادة إصدار الكلام (بلاى باندك) أي إعادة الكلام للنطوق مباشرة بعد التسجيل ومن ثم يستمع للتعلج لصدى مستمر لكل ما قاله توا

ثالثاً ، مواجهة مواقف الحياة الواقعية ،

يحاول المعالج في هذه المرحلة تمرير التعلج لمواقف الحياة بطريقة تدريجية . حيث يطلب من المرضى إجراء بعض المواقف الاتصالية داخل العيادة وتشجيعهم على الكلام بحرية مع باقي أفراد الجماعة ، ثم يلي ذلك إجراء معاداة مع بعض الأشخاص الغرباء في حضور المعالج ، وبعد أن يطمئن المعالج إلى زوال الرهبة من مواجهة المواقف الاتصالية يطلب منهم إجراء تلك المحادثات دون حضور المعالج .

ويقرر بهار جافا أن الهدف من هذه المرحلة هو مساعدة للتعلج على زيادة الثقة بنفسه في المواقف الكلامية .

البرنامج التاسع :

لتخذ كل من ليثا روستين وترمن كور (90 - 95 1988 Rustin & Kuhr) منحى جديدا لعلاج اللججة وهو علاج اللججة داخل المستشفى . وهما وان اتفقا مع واضعي البرامج السابقة في أهمية التركيز على الظروف البيئية التي تحيط بالتلجج ، باعتبار إنها عامل مؤثر وهام في نمو واضطراب ظاهرة اللججة ، بالإضافة إلى أهميتها في نجاح أو فشل البرنامج العلاجي الذي يتلقاه التلجج الا انهما استطاعا التعامل مع هذه المشكلة بطريقة جديدة ، الا وهى بقاء التلجج داخل أسوار المستشفى لمدة محدودة يتلقى خلالها برنامجا شاملا من الأنشطة اليومية ، ولا يغادر المستشفى إلى أن تتحسن حالته ، وبذلك أمكن التحكم في الظروف للحيلة بالتلجج .

ويبرر روستين وكور وجهة نظرهما هذه بقولهما " ان الطلافة التي يكتسبها التلجج من خلال الجلسات العلاجية من الممكن أن تنهار وينتكمس المريض بعد مواجهته لمواقف الحياة خارج المستشفى .

ولذلك ينصح ببقاء التلجج داخل المستشفى لمدة اسابيع يتبع فيها برنامجا علاجي متكامل افضل من زيارات علاجيا اسبوعية قد تمتد إلى سنوات دون فائدة .

وتشمل الخطة العلاجية على عدة أهداف وهى :

- مساعدة التلجج في التغلب على مشكلة اللججة.

- تعليمه مهارات الحديث .

- تغيير اتجاهه نحو اضطرابه الكلامي .

- مساعدته على التكيف مع المجتمع الذي يعيش فيه .

ولقد تم تطبيق هذا البرنامج العلاجي في وحدة العلاج السلوكي بالقسم الأكاديمي للطب النفسي في مستشفى ميد لميكنس Middlesex Hospital وذلك لوجود هيئة مريض مدربة تدريباً جيداً على كيفية تعديل السلوك .

تتضمن خطة العلاج مرحلتين وهما :

أولاً : العلاج خارج المستشفى :

هناك فترة يقضيها التلجلج خارج المستشفى وهي ستة أسابيع ، حيث يتلقى تدريبات على ممارسة أسلوب الاسترخاء والتدريب على التنفس بانتظام ، وذلك بواقع جلسة يوميا لمدة ساعة ثم نقل تدريجيا إلى ان تصل إلى جلسة واحدة كل يوم .

ثانياً : العلاج داخل المستشفى :

يؤكد روستين وكور ان الفكرة الأساسية لهذا البرنامج العلاجي هي ان يتواجد التلجلج في بيئة محكمة بالقصى حماية وتوجيه .

في البداية ينضم التلجلج إلى جماعة علاجية حيث يقابل آخرين يشاركونه نفس الاضطراب الكلامي ، ثم يتم طرح البرنامج العلاجي ومناقشته مع أعضاء الجماعة وهيئة التمريض وأخصائي العلاج ، وبعد ان يتم التأكد من استيعاب أفراد الجماعة للبرنامج والموافقة عليه يبدأ بتطبيق خطوات البرنامج وهي كالتالي :

- في البداية لا توجد أي محاولة للسيطرة على طريقة كلام التلجلج حتى يتسنى للممرضات فرصة ملاحظة طبيعة اللججة .

كما يتم تقييمهم ككل حالة بعناية للتعرف عما إذا كان هناك مشكلة أخرى في حياة التلجلج تتعلق باضطرابه الكلامي .

- في اليوم الثالث يطلب من التلجلج إجراء محادثة مع إحدى الممرضات ، ثم يقوم أحد أعضاء هيئة التمريض بتسجيل تلك المحادثة للتعرف على مظاهر اللججة المراد تقييمها .

- في اليوم الرابع يبدأ تعليم التلجلج مهارات الحديث حيث يطلب منه إجراء محادثة مع إحدى الممرضات وعند حدوث اللججة يتوقف عن الكلام لمدة دقيقة واحدة ، وفي تلك الأثناء يقوم أحد أعضاء هيئة التمريض بتسجيل المحادثة للتعرف عما

إذا كان التلجج هو الذي يأخذ المبادرة بإنهاء الحديث أو استمراره حتى يتحمل مسؤولية علاج نفسه ، وعند حدوث الإعاقات الكلامية يفضل أخذ راحة لمدة (١٥) دقيقة قبل معاودة الكلام .

- ممارسة أسلوب الاسترخاء مرتين يوميا بعد إجراء الحادثة وفي أثناء فترة الظهيرة يمضي ساعة في هدوء تام ولكن يسمح له بالتجول في الحديقة أو الاسترخاء في غرفته حسبما يريد ، حيث إن ذلك يساعد على خفض نسبة التوتر الناتجة عن التركيز في السيطرة على الحديث .

- وجود بعض النشاطات يختار منها التلجج ما يريد مزاولته ، مثل مشاركة باقي افراد الجماعة لعب الورق أو مشاهدة التلفزيون ، ولكن لابد من التركيز هنا على وجود للمرضة حتى تقوم بتسجيل حديثه مع زملاء الآخرين ، ثم تعرض هذه التسجيلات على اخصائي العلاج الذي يحدد له فقرات برنامج له لليوم التالي وفقا لمدى تقدمه في الكلام .

- عندما يحرز التلجج تقدما في العلاج يتم إضافة خطوة جديدة في العلاج ، حيث يعمل تسلسل هرمي للمواقف الكلامية من الأسهل للأكثر صعوبة حتى يتسنى للمتالجج ممارسة الكلام في مواقف سهلة . وتتكون فقرات التنظيم الهرمي للمواقف كالتالي :

١ - قضاء بعض أوقات النهار في التنزه مع المرضة في مناطق هادئة خارج حدود المستشفى ، حيث يسمح له بالكلام مع المرضة وليس الغرباء .

٢- الذهاب إلى الكازينو مع المرضة التي تقوم بطلب المشروبات وعلى التلجج تجنب الحديث مع الغرباء .

٣- التجول في الأسواق التجارية مع المرضة .

٤- الذهاب إلى الكازينو - كما سبق - ولكن هذه المرة يقوم التلجج بطلب المشروبات .

٥- يقوم التلجيج بشراء الجرائد والمجلات مصطحبا للمرضى .

٦- السماح لأحد أصدقاء التلجيج أن يزوره في المستشفى لمدة نصف ساعة في وجود المرضى .

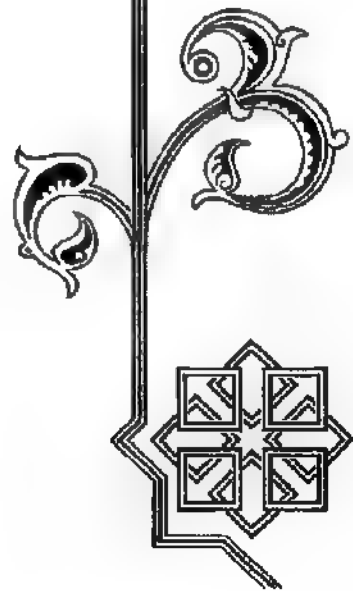
٧- إضفاء بعض الطلبات من لتجـر مصطحبا للمرضى .

٨ - الرد على مكالمات التليفونية .

٩- القيام بعمل مكالمات تليفونية

وبمرور الوقت تزداد اللوائف من الأسهل إلى الأصعب ، حتى يتم تنمية ثقته في التعامل مع الآخرين ثم يسمح له بالعودة إلى عمله على أن يقضي نصف الوقت مصطحبا للمرضى لمدة اسبوعين .

البرامج العلاجية المقترحة



البرامج العلاجية المقترحة

أولا - العلاج السلوكي :

مقدمة :

في البداية ظهرت كتابات متناثرة في محاولة لتطبيق مبادئ التعلم في علاج الاضطرابات السلوكية في العشرينيات من هذا القرن ، إلا أن تأثيرها ظل محدودا حتى الستينيات ، ثم بدأ ظهور العلاج السلوكي كمنهج متكامل لعلاج الاضطرابات السلوكية، فظهرت مؤلفات عالم النفس السوفيتي إيفان بافلوف Ivan Pavlov وإدوارد ثورنديك Edward Thorndike اللذان وضعوا الأساس عن طريق تطوير المبادئ والمفاهيم والوسائل الخاصة بدراسة السلوك الإنساني والحيواني .

كما قدم جون واتسون John Watson في أوائل القرن العشرين أيضا دراسات قيمة ثم تبعه إدوين جاثري Edwin Guthrie وكلارك هل Clark Hull ، حيث قدموا دراسات توضح أن البحث العلمي يستطيع تنمية الأساليب التي يمكن تطبيقها لإعطاء حلول للمشكلات السلوكية ، وبعد ذلك ظهرت دراسات سكينر Skinner التي كان لها تأثير عظيم في مجال الإشراف الإجرائي على برامج علم النفس الطبي والطب النفس والتدريب والتعليم والعمل الاجتماعي .

وفي أوائل الخمسينيات أنت دراسات سكينر إلى تطوير وسائل التطبيق النظامية الخاصة بالاكشافات للعملية للمشكلات الطبية Clinical Problems ، وأثناء تلك الفترة كانت هناك محاولات مستقلة أخرى وضعها جوزيف فولب Joseph Wolpe عالم النفس من جنوب أفريقيا وهانز إيزنك Hanz Eysenck عالم النفس التجريبي من بريطانيا وذلك الجهود للوازية تتقابل وتشمل سلسلة عريضة من الفلسفات متعددة الوجوه لوسائل العلاج السلوكي، ولكن السمة المميزة الأساسية لهذه النظرية هي التحليل التجريبي وتقييم الأساليب العلاجية .

(Berkowitz 1982, 19, 20)

تعريف تعديل السلوك : Behavior Modification

يعرف لويس مليكة (١٩٩٠ ، ١٢) تعديل السلوك على أنه " تعلم محدد البنیان يتعلم فيه الفرد مهارات جديدة وسلوكا جديدا ، ويقال من الاستجابات والعادات غير الرغبة ، وتزداد فيه دافعية العمل للتغيير المطلوب " .

مفهوم الشخصية من وجه نظر للدرسة السلوكية :

العادة من وجهة نظر للدرسة السلوكية هي محور شخصية الفرد ، وهي بمثابة المفهوم الأساسي في نظريتهم عن سلوك الفرد ، فالشخصية هي عبارة عن مجموع العادات التي يكتسبها الفرد بالتعلم ، بمعنى أن الشخصية هي تنظيم معين من تلك العادات وهذا التنظيم له وظيفتان :

الوظيفة الأولى : هي تحديد سلوك الفرد .

الوظيفة الثانية : هي أنه يعمل على تمييز شخصية الفرد بالمقارنة بغيره وفي إطار العلاج السلوكي تعتبر الأمراض النفسية تجميعات لعادات سلوكية خاطئة مكتسبة ، ويفترض أن هذه العادات السلوكية يمكن علاجها لذا وضعت في بؤرة العلاج وغيرت واحدة تلو الأخرى .

إطار العلاج السلوكي ،

العلاج السلوكي القائم على النظرية السلوكية يرى أن الفرد يكتسب السلوك السوي أو المرضي عن طريق التعلم أثناء عملية النمو ، ووجهة النظر القائمة على النقاط التالية ،

١ - يرى المعالج السلوكي أن سلوك الفرد متعلم ومكتسب ، وبالتالي فإن السلوك المرضي (عصايا أو ذهابا) متعلم ومكتسب .

٢ - سلوك الإنسان سواء كان سلوكا مضطربا أو سلوكا سويا هو سلوك متعلم ، ولكن نقطة الاختلاف بينهما ، هو أن السلوك المضطرب سلوك غير ملائم أو غير متوافق .

٢ - أثناء عملية نمو الفرد يكتسب السلوك للرضي أو العادي نتيجة اقتران مشر معين باستجابة معينة ، ونتيجة تكرار هذه الخبرة يحدث ارتباط شرطي بين هذه الخبرات وبين السلوك المضطرب .

٤ - إمكانية تعديل السلوك المتعلم سواء كان سلوكا مرضيا أم سلوكا عاديا .

٥ - كما يعتبر السلوكيون دوافع الفرد الفسيولوجية هي الأساس في سلوكه لكن نتيجة حاجات الفرد النفسية يكتسب دوافع جديدة اجتماعية عن طريق التعلم ، وقد يكون تعلم هذه الدوافع غير سوى ، ولكن قد يتم تعلم الدافع بطريقة غير سوية وتقرن بأساليب غير دوافعية في إشباعها . هنا يكون احتياج الفرد لإعادة عملية التعلم بهدف تعديل أو تغيير السلوك المطلوب تعديله عن طريق العلاج السلوكي . (إجلال سرى ١٩٩٠ ، ١١٧ ، ١١٨)

أوضحت نظرية عضوية أن لدى التلعجلين نوع منحرف من الإدراك السمعي والذي بواسطته يسمعون كلامهم بتأخير جزء من الثانية ، وهذا الافتراض مبني على ملاحظة أن التلعجلين الطبيعيين يجلججون - غالبا - عند تأخر فهمهم للتركة السمعية .

ويحدث الاضطراب في الكلام عند الذين يتكلمون بطريقة طبيعية ، وهذه الطريقة تعرف عادة بالكلام الرجأ الإعادة Delayed-Back Speech ، وتتم هذه الطريقة بتسجيل كلام التكلم على شريط تسجيل ، ثم يستمع هذا الفرد إلى التسجيل أثناء الكلام مع تأخير إعادة الكلام بحوالي من ٠.٢ إلى ٠.٢ ثانية ، وهذا يؤدي إلى استماع الفرد إلى حديثه في علاقة زمنية غير طبيعية مع صوته ، وتكون النتيجة اضطراب عاداته الإدراكية ، بالإضافة إلى اضطراب رقابته الذاتية على الكلام ، فينتج عن ذلك تكرار نطق الحروف للتحركة وتكرار الكلمات وللقاطع ومن ثم حدوث اللجاجة .

وتتفق وجهة نظر كل من- ماير وإدولر شيسر Meyer and Chesser (1970 ، 1993) مع ما سبق ، حيث يعتقد أن تأخير عملية التغذية للرتدة السمعية تؤدي إلى تقطع واضطراب الكلام السوي لدى الفرد . وهي ضوء هذا قسمت فنية التظليل التي من خلالها يبدأ التلجلج بتكرار كلام للعالج أو شريط تسجيل بصوت مرتفع متأخرا بكلمة أو لنتين ، حيث تبين أن هذه الطريقة تعمل على كف اللجلجة .

كما يوضح وفاء البيه (١٩٩٤ : ١٦٢ - ١٦٣) وجهة نظره في عملية تأخير التغذية للرتدة السمعية ، حيث يرى أن السمع والكلام مرتبطان بعلاقات وثيقة ومتعددة ، وأهم هذه العلاقات هو أن الأذن تقوم بتحليل حسي لفونيمات الكلام ، ثم تزود المخ بإشارات شفرية لعناصر الكلام المسموع ، هذا بالإضافة إلى أن الأذن تراقب جميع حركات الكلام مثل النطق ، والتنصوت الحنجري ، ونبرات الكلام ، والتنغيم والردد .

كما يقرر وفاء البيه أن إلغاء السمع من خلال إحداث ضوضاء مرتفع (إغراق الأذنين بالضجيج للارتفاع) ، يؤدي إلى فقدان المراقبة السمعية للكلام ، ومن ثم فإن للتكلم يظن أنه لم يعد بالإمكان سماع ما يقول ، ويضطرب النطق لدى المتكلم العادي ، أما بالنسبة لمن يعاني اضطرابا وظهفيا في الكلام يحدث العكس تماما ، ولهذا فإن استخدام هذه الطريقة مع للتجلجين يجعلهم قادرين على الكلام بطلاقة ما دام أنهم لا يسمعون أنفسهم .

ولقد جذبت هذه النظرية اهتمام كثير من العلماء ، وكان أول من تناول مشكلة للمراقبة السمعية هو (أوربا نتشيتش) وهو ما يعرف الآن باسم تأثير لي (١٩٥١) في تأخير التغذية للرتدة السمعية .

ويستلزم وفاء البيه موضحا خطوات الإجراء التجريبي لتأخير التغذية المرتدة السمعية وهي كالتالي :

- ٠ يتم تسجيل كلام للفحوص ، وبمجرد مرور الشريط مباشرة على رأس التسجيل يمر على رأس تسجيلات أخرى ، حيث تقوم بإعادة إصدار الكلام (بلاي باك) بمعنى إعادة إنتاج الكلام للنطوق مباشرة بعد التسجيل .

- يحدث تأخير نتيجة إعادة إصدار الكلام ، وعادة ما يكون التأخير الزمني يتراوح ما بين $\frac{1}{10}$ ، $\frac{1}{100}$ من الثانية ، ويحدث التأخير نتيجة تغير للسافة بين الرأسين المغنطيسيتين الخاصتين بالتسجيل وإعادة إصدار الكلام .

- نتيجة لإصدار الصوت للتأخر على التكلم ، يستمع للتكلم لصدى مستمر لكل ما قاله توا .

- حدوث تغيرات مؤثرة في وظيفة الكلام الكلى نتيجة إلغاء المراقبة السمعية لدى التكلم ، وهذه التغيرات هي :

- زيادة حدة الصوت .

- تغير في رنين النغمة .

- اضطراب للنطق .

- تشويه لبرات الكلام في صفاتها النحوية والإيقاعية .

وبناء على هذا يفترض أن عملية إخراج الكلام تحتوي على دائرة مغلقة للتغذية المرتدة Feed back التي يراقب بها التكلم صوته ويراجعه ويصححه ، وعندما تتأخر التغذية المرتدة يحدث تكرار صوت الحديث ، فم يميل إلى الاستمرار لا إراديا .

تعتمد آليات التغذية للرتدة السمعية مرتبطة بنظام الجهاز العصبي ، وهي تصل إلى الفرد من خلال الأذن أثناء الكلام ، حيث تعطي إشارة لكي يتعرف على مدى توازن طبقة الصوت ، ودقة التعبير ، واختيار الكلمات للملائمة .

ويتم توفير نظام التغذية للرتدة السمعية من خلال الإحساس الذاتي Oceptive Sense (الذي يمثل بواسطة جزء حسي موجود داخل أوتار العضلات والمفاصل أو أي أجزاء أخرى متحركة) . (The New Encyclopedia Britannica, 1991 ; 93)

كما قدم سترومستا (Stromsra (1959 دراسة بهدف التعرف على مدى الارتباط بين توقف الصوت وبين التحكم السمي بالتعلق بالحنجرة Larynx فعمل على إحداث اضطراب في سلوك الأشخاص الأسوياء عن طريق تأخير التغذية المرتدة السمعية الطبيعية.

ولقد توصل سترومستا من خلال دراسته للحالات التجريبية إلى أنه من خلال هذه الطريقة استطاع الأفراد الأسوياء (الذين يتكلمون بطريقة طبيعية) أن يتكلموا مثل المصابين بالشلل خاصة في الحروف المتحركة أثناء تشويه التغذية المرتدة السمعية حيث ظهرت توقفت كلامية

(سككات كلامية صوتية) Phonatory blockage تمشيا مع متغيرات في طبقة ونوعية الصوت .

ولقد تساءل سترومستا بعد نجاحه في إحداث الاضطرابات في السلوك الكلامي لدى الأشخاص الأسوياء هل آلية السككات blockage mechanism موجودة لدى جميع الأفراد ، ثم لماذا تعد تلك الآليات أكثر استعدادا للاضطراب عند الأطفال التلعجيين بالمقارنة بغير التلعجيين .

وتكمن الإجابة في الدراسة التي قام بها سترومستا على مجموعة من البالغين ، التلعجيين وأخرى من غير التلعجيين ، حيث توصل إلى أن تأخر التغذية المرتدة الطبيعية Normal feedback لدى غير التلعجيين تبلغ

Msec 5.3 ، أما بالنسبة للتلعجيين فوجدوا تجاوزت Msec 0.6 في 15 Hz وبهذا وجد أن هناك فروقا ، واضحة بين المجموعتين .

والآن يتبادر إلى الذهن السؤال الآتي ،

ما هي التغذية المرتدة السمعية ؟

التغذية المرتدة السمعية Auditory feedback هي سماع كلامنا أو نطقنا الذي يمكننا من أن نكيف شدة ووضوحه ، وتظهر التجارب أن تأخر التغذية الراجعة لاستخدام أداة إلكترونية يؤدي إلى التهتهة ، وتداخل الأصوات وتزايد الشدة ، وتشويه نغمة الصوت ، وإلى اضطرابات انفعالية لدى الأسوياء .

(جابر عبد الحميد جابر وآخرون ، ١٩٨٨ ، ٢٠٦)

وبناء على ما تقدم تجد هناك وجهة نظر ترى أن الكلام والإدراك السمعي متكاملان بدرجة كبيرة داخل نشاط التغذية للرتبة السمعية لراقية الفرد لصوته

ولهذا قام شيرى وسايروز (١٩٨٥ ، ١٩٦١ ، ١٩٧٧) بإجراء عدة تجارب من أجل التحقق من الفرض الذي يقول ، إن اللجاجة تطفت بسبب اضطراب دورة التغذية للرتدة ، والهدف من إجراء هذه التجارب هو التدخل في إدراكات للتكلم من أجل إعاقة فعل الرقابة الذاتية (للتغذية للرتدة) الذي يعتمد على الإدراك السمعي للمتكلم .

وبإجراء هذه التجارب على أفراد يعانون من لجلجة مزمنة بواسطة استخدام بعض الفنيات للتدخل في إدراكات للتلجج ، سيأتي شرحها فيما بعد ، ولقد توصلنا إلى نتائج طيبة . واستخلص شيرى وسايروز أن العيوب للسنولة عن حدوث اللجلجة عيوب إدراكية أكثر منها عيوب حركية .

الفنيات المستخدمة للتدخل في إدراكات الفرد السمعية ،

حسب الافتراض الذي يرى أن عملية إخراج الكلام تحتوي على دائرة مغلقة للتغذية للرتدة السمعية التي يراقب بها للتكلم صوته ويصححه ، وتحدث اللجلجة عندما تتأخر هذه التغذية الراجعة ، حيث يتكرر الأصوات والقاطع بصورة لا إرادية ، ولهذا يعتقد أنه من الممكن أن تتحسن اللجلجة من خلال التدخل في إدراكات للتلجج السمعية لإعاقة فعل الرقابة الذاتية ، ويتم هذا بطريقتين :

الطريقة الأولى ،

هي إعاقة السمع عن طريق إحداث صمم للمتالجج باستبعاد الصوت الوارد له سواء من خلال التوصيل الهوائي أو التوصيل العظمي .

الطريقة الثانية ،

التدخل في إدراكات التلجج السمعية وذلك بتحويل إدراكاته إلى مصدر للصوت مختلف عن صوته هو .

وسوف نتناول الحديث عن كل طريقة بالتفصيل .

اولا ، كف سلوك اللجاجة عن طريق إعاقه السمع :

أجريت دراسات بهدف التعرف على العناصر السمعية التي تؤثر على آليات Mechanisms of attention حيث وجد أن التلجلاج يراقب صوته عن طريق التغذية للرندة السمعية ، وهذه التغذية للرندة السمعية (التي تتحكم في كلام الفرد) تأتي إليه من خلال :

١ - موجات صوتية عن طريق الهواء (مسارات ، التوصيل الهوائي)

. Air conducted sound

٢ - أو مسارات التوصيل العظمى Bone-conducted sounds

وأجرى شيرى وسابرز (١٩٨٥) هذه التجارب للتعرف على أي المسارات التي تؤثر في إدراك التلجلاج لصوته فتم استبعاد الصوت الذي يأتي عن طريق مسارات التوصيل الهوائي عن طريق سد لأن الفرد لإعاقه الصوت الواصل إليه عن طريق الهواء .

وهي التجربة الثانية تم استبعاد الصوت الذي يأتي إليه عن طريق التوصيل العظمى بواسطة نقل ضجة مصطنعة عالية Loud Masking Noise وأشارت نتائج الدراسة إلى عدم فاعلية استبعاد الصوت عن طريق مسار التوصيل الهوائي بالمقارنة بمسار التوصيل العظمى الذي أدى إلى كف اللجاجة بالكامل .

وقد أوضحت تلك النتائج أن الكلام غير العادي بين الصابين باللجاجة مرتبطة بتأخير التغذية للرندة السمعية التي تقتضى عن طريق مسارات التوصيل العظمى conduction path-ways وليست تلك الآلية عن طريق مسارات التوصيل الهوائي (Beech & Fransella 1968 : 165). Air conduction path-ways .

وبحثت شيرى وسابرز (١٩٨٥) عن مدى أهمية الطبقة الصوتية المراقبة حيث يفترض أنه لكي يستطيع الفرد أن يتحكم في اللجاجة ، فإنه من الضروري أن تحجب

عنه النغمات ذات التردد المنخفض جدا على اعتبار ان سماع التلجلج لأشد نغمات صوته انخفاضا يؤدى إلى حدوث اللججة واستمرارها .

ومما يؤكد هذه النتيجة هو ان التلجلج يصل إلى درجة منخفضة جدا من اللججة (درجة الكف الكامل للـ لـ لـ) وتكون لديه القدرة على إصدار بدايات فورية في الكلام إذا تم إعاقة مسار التوصيل العظمى ، ويتطلب هذا نغمات عالية لكي تحقق الحجب الكامل من إدراك التلجلج لكلامه ، إذ يرتب على هذا حجب أشد نغمات الصوت انخفاضا ، أما إعاقة مسار التوصيل الهوائي فلم يؤد إلى كـف اللـ لـ بصورة واضحة .

ومما يؤكد أهمية إدراك الصوت الوارد عن طريق مسارات التوصيل العظمى هو ملاحظة اللـ لـ التي تعمل صناعيا لدى الأفراد الأسوياء عن طريق تأخير التغذية الراجعة السمعية لديهم (باستخدام التسجيل الكلامي لهم ثم إعادته على مسامعهم أثناء الكلام) ، حيث نلاحظ ان الأصوات الواردة للأذن من مسار التوصيل العظمى تعد أخطر بكثير في أحداث اللـ لـ بالمقارنة بالصوت المائل في الارتفاع الوارد للأذن عن طريق مسار التوصيل الهوائي (عن طريق سماعات) .

ولهذا استخلص من تلك الدراسات السابقة ان استبعاد الأصوات الواردة من خلال مسارات التوصيل العظمى يكون مشجعا جدا في التحكم في خفض درجة اللـ لـ ، حيث ان الطبقات الصوتية ذات التردد المنخفض يمكن للـ لـ ان يدركها عن طريق مسار التوصيل العظمى ، وبالتالي فإن لها أهمية كبرى في حدوث الشنود الإدراكي للربط بحدوث اللـ لـ .

ماري شان (1955 ، 193) Shane من العلماء الذين اهتموا بكـف ظاهرة اللـ لـ عن طريق إعاقة السمع ، وأحداث صمم للـ لـ باستبعاد الصوت المنقول إليه عن طريق مسارات التوصيل العظمى ومسارات التوصيل الهوائي وعمل مقارنة بينهما للتعرف على أيهما أكثر فعالية في التأثير على رقابة التلجلج اللفظية الصوتية .

ولقد أجرت دراستها على مجموعتين تجريبيتين ومجموعة ضابطة ، وتلقت المجموعة التجريبية الأولى أحدث ضجة صاخبة Masking تبلغ (95 db) decibels^(*) بهدف إعاقه إمكانية سماع التلجج لصوته بصفة كلية ، والمجموعة التجريبية الثانية تلقت ضجة صاخبة بواقع

(25 db) ، حيث كان التلجج يستطيع سماع صوته لكن مع إمكانية استقبال مشر سمعي مناسب من الضجيج ثم طلب منهم قراءة قطعة معينة .

ولقد توصلت ماري شان Shane إلى أن النتائج واضحة ، حيث تلاشت اللججة تماما مع وجود الضجة الحاحية العالية بالمقارنة بالأخرى ، ولكنها عزت هذا الفارق إلى حقيقة أن التلجج كان لا يستطيع سماع صوته في وجود الضجة العالية ، مما أدى إلى خفض القلق الذي نتج من مراقبة التلجج لصوته ، حيث إن الإدراك السمعي للتنبق من صوت الفرد من المحتمل أن يساعد على زيادة قلق للصاب على كلامه ، ففي غياب القدرة على الاستماع النكتي فإن كل الأفراد يقررون أنهم يعتمدون على الدلائل الحركية العضلية ، وأنهم يعانون أقل قدر من اللججة .

ثانياً ، للوسائل التابعة لتحويل إدراكات التلجج إلى مصدر للصوت مختلف عن صوته بهدف التدخل في إدراكات التلجج السمعية ، وذلك لإعاقه فعل الرقابة الناتجة من جانب الفرد هي :

١- التظليل ،

٢ - القراءة المتزامنة Simultaneous Reading .

- (*) Decibel وحدة لقياس التفاوت بين منسوب قدرتين أو طاقتين في التفاوت بين شدتي صوتين (وحدة لقياس شدة الصوت) وهي تعادل عشر " بل " .

أولا - التظليل ، Shadowing

حسب الافتراض القائل : إن عملية إخراج الكلام تحتوي على دائرة مغلقة للتغذية المرتدة Closed-cycle feedback التي يراقب من خلالها الفرد صوته ويصححه ، وعند تأخر التغذية للرتبة delayed feedback يتكرر الصوت بصورة لا إرادية ، ومن الممكن أن تتحسن اللججة تماما عن طريق إحداث كف اللججة بالتدخل في إدراكات للتلعج عن طريق التحويل الإجهاري لإدراكات للتلعج لصدر صوت غير صوت كلامه .

والتظليل (أي محاكاة وتقليد كلام شخص آخر) هو عمل حركي قائم على المحاكاة فتكف اللججة ، وذلك لأن هناك إمكانية أو احتمالا بأن إنراك الشخص يتحول بعيدا عن اهتمامه بصوته هو إلى مراقبة صوت للتكلم ، يجد بعض التلعجين أبة ، صعوبات في الكلام عندما يشتركون في الغناء الجماعي ، وهذا يختلف عما يحدث في عملية التظليل ، لأن الثمر هنا قد تم تعلمه (اكتسابه) .

(Espir & Gliford 1983 ، 95) .

وتتم عملية التظليل بأن يقوم المالح بالقراءة من كتاب بسرعة عادية بصوت مرتفع ، يتبعه التلعج في الحال ، ويريد ما قاله المالح بصوت مرتفع أيضا ، وهذه الطريقة تعرف بفتية التظليل ، وذلك لأن للتلعج يكاد يكون في ظل للمالح من خلال ترديده السريع لما يقوله المالح على أن تكون هذه القراءة مناسبة لمستوى تعليم التلعج ، وأن تتم القراءة بمعدل سرعة مناسب لكل من للتلعج والمالح ، وإذا فقد التلعج أي كلمة أثناء التردد - فيجب ألا يتوقف ويتابع الكلام بلا انقطاع .

ويرى بهرث راج (1976 ، 160) Raj أن هذه الإجراءات تبدو صعبة التنفيذ في بداية الجلسات العلاجية لكن تنخفض هذه الصعوبة بتتابع الجلسات ، ويضيف راج Raj أن طريقة العلاج هذه تستحق ما بذل فيها من جهد ، وذلك من خلال تسجيل للسكنات الكلامية Speech blocks التي تظهر كل خمس دقائق ، حيث وجد أن هذه الطريقة تعتبر طريقة فعالة ومجدية .

رجع شارلز هيلي وسوزان (494 : 1987) Healey & Howe التحسن الذي يطرأ على كلام التلعجيين أثناء ممارسة فنية التظليل للعوامل التالية :

- تغيير التوقيت الزمني للكلام .
- تخفيف إيقاع الكلام .
- انخفاض التغطية المرتكة السمعية .
- عدم وضوح المعنى الصريح لتغطية التظليل .
- التغيير الذي يطرأ على طبقات الصوت واستمرارية النطق .
- سهولة صياغة الجمل للكلام للظلال .

كما يعتقد شيري وسابرز (١٩٨٥ : ٣٧٨) أن وسيلة التظليل تساعد التلعج أو حتى تجبره على تحويل إدراكاته السمعية Aural perception تحويلاً جزئياً . بعيداً عن صوته هو - أي للتلعج - إلى صوت متحدث آخر . خاصة أن التلعج لا تكون لديه فكرة عن مضمون الكلمات التي ينطقها تكون فكرته غامضة عنها ، مما يساعد على إجهار التلعج على تحويل إدراكاته إلى مصدر الصوت الذي يكون مختلفاً عن صوته هو .

ويضيف شيري وسابرز أن وسيلة التظليل هي عملية محاكاة حركية تتحقق بصورة تثير الدهشة ، وهناك أفعال محاكاة شائعة عند الإنسان ، مثل السير في خطوة منتظمة مع الجماعة أو تبعاً لنغمة موسيقية أو تلاوة الصلوات في تآلف مع المصلين ، كل هذا يتم على طريق المحاكاة ، لذلك يفترض أن الكلام يعتبر نوعاً من هذه الأنشطة باعتباره وثيق الصلة بهذه الأفعال .

كما استخدم أوبراي (116 : 1970) Yates طريقة التظليل مع الذين يعانون من حالة لعلجة حادة Sever Stuttering حيث كان التلعج وهو يتكلم بصوت مرتفع يتبع متحدثاً آخر ، ولقد تمكنوا من تحقيق سرعات كلامية متزايدة High speaking speeds .

كما وجد يتس Yates أنه كاد يحصل على النتائج نفسها إذا استخدم شريط تسجيل ، أو عن طريق استخدام صوت متحدث للنوع كمتكلم ضابط

ولقد أجرى شارلز هيلي وسوزان (1978 : 505) Healey and Howc مقارنة بين مجموعتين من الأفراد التلجحين وغير التلجحين للتعرف على أثر استخدام فنية التظليل مع كل منهما ، ولقد أدى استخدام فنية التظليل مع غير التلجحين إلى تقطع واضطراب من العلاقة اللفظية هذا ، بينما حدث العكس تماما مع التلجحين حيث أظهروا قدرة على الكلام تكاد تقترب من العلاقة العادية .

ثانيا : القراءة المتزامنة Simultaneous reading

قدم شيري وسابرز (١٩٨٥ : ٢٨٠ ، ٢٨١) هذا الأسلوب لعلاج اللججة أيضا في محاولة لعمل تحويل لإدراكات التلجج ومراقبة أصوات كلامه هو إلى أصوات كلام المعالج ، وتتم هذه الطريقة بأن يقرأ كل من التلجج والمعالج القطعة نفسها للوجود أمام كل منهما ، ولقد وجد أن غالبية التلجحين يستطيعون القراءة بطلاقة وبلا تعثر ، وقد لا يحتاجون إلا لثوان قليلة من التدريب حتى يستطيعوا القيام بها فورا .

ولقد أثبت التجارب التي قام بها شيري وسابرز نجاح أسلوب التظليل والقراءة المتزامنة ، مع عينة عريضة من التلجحين في ظل ظروف مختلفة ، حيث كانوا يمثلون بينات مختلفة كما تنوعت مجالات حياتهم وكذلك تاريخ كل حالة ، حيث كانت متباينة أشد التباين .

برنامج العلاج بالتظليل

- المقدمة
- الأهداف العامة للبرنامج .
- الأهداف الإجرائية .
- العلاقة العلاجية ..
- أدوار المشاركين في تنفيذ البرنامج العلاجي .
- البيانات التي تحصل عليها المؤلفَة قبل بداية الجلسات .
- تفصيل ما تم تناوله في الجلسات العلاجية .
- متابعة نتائج تطبيق البرنامج العلاجي .
- مثال توضيحي .

MOHAMED KHATAB



مقدمة :

ترى للدرسة السلوكية أن شخصية الفرد عبارة عن تنظيمات أو أساليب سلوكية متعلمة وتكون ثابتة نسبياً، بالإضافة إلى أنها تميز الفرد عن غيره من الناس .

ويركز أصحاب النظرية السلوكية على مفهوم العادة على أساس أنها تعبر عن الارتباط بين الثمر والاستجابة ، وأن هذه العادات متعلمة ومكتسبة وليست مورثة ، بالتالي فهي تستمر تكويناً مؤثراً وليست ثابتة ، وعلى هذا فإن بناء الشخصية يمكن أن يتعدل ويتغير .

والعلاج السلوكي - كما سبق ذكره - يعتبر أن الأمراض النفسية ما هي إلا تجمعات لعادات سلوكية خاطئة مكتسبة . ولهذا يفترض السلوكيون أن هذه العادات السلوكية يمكن علاجها إذا وضعت في بؤرة العلاج حتى يتم تغييرها واستبدالها بعادات سلوكية سليمة . (حامد زهران ١٩٧٨ : ٦٢ - ٦٣)

وإذا انتقلنا إلى للدرسة السلوكية لتتعرف على وجهة نظرها في السبب المؤدى لحدوث اللجلجة نجد أنهم يعتبرون أن اللجلجة شكل من أشكال السلوك التي يكتسبها الفرد بالتعلم ، وسوف نستعرض آراء أصحاب النظرية السلوكية - كما ذكرنا آنفاً - بشيء من الاختصار ، ولهذا يرى وندل جونسون (1955) Johnson أن اللجلجة لا تصبح لجلجة حقيقية عن الطفل إلا عندما يصبح واعياً ومدركاً بقصوره اللفظي ، أن حدوث اللجلجة يكون غالباً - مرتبطاً بتوقع الفرد لها وحين يتوقعها يخاف الكلام ويرهبه ويصبح متوتراً ويتلجلج بالفعل ، وهكذا يجد الفرد نفسه يدور في حلقة مفرغة لا يعلم أين طرفها. وتكرار تلك العملية في المواقف الاتصالية التي تتطلب من الفرد التواصل اللفظي مع الآخرين مما يحمل على تعزيز اللجلجة وتدعيمها نتيجة اقتران الحالة الانفعالية للفرد من توقع وقلق وخوف من حدوث اللجلجة .

كما ان ويسكنر (1952) Wischner ركز على اثر التوقع Anticipation

effect ، حيث افترض ان هناك ميكانيزما واحدا تشتمل عليه عملية التوقع ، بمعنى وجود بعض الدلائل والإشارات التي ترتبط بموقف كلامي معين او بالكلمات ، ويظهر هذه الإشارات تعمل على استثارة القلق والخوف لدى التلجج وتحدث اللجلجة .

ويذكر هان رير (١٩٦٠) ان مظاهر اللجلجة يتم تدعيمها عن طريق التقدير الخطأ من جانب التلجج حيث يخلط بين نوعين متعاقبين من السلوك على ان أحدهما السبب ، والآخر نتيجة ، حيث يجد التلجج ، ان المظاهر للمصاحبة للجلجة من ارتعاشات وتقلصات في عضلات الوجه ، وكل تلك الأشياء التي تسبب له آلا شديدا تنتهي بمجرد لطق الكلمة ، وبالتالي بهذا الخوف والذعر الذي يتعلق بهذه الكلمة ، ونتيجة لانخفاض نسبة القلق والخوف يستنتج التلجج - ان سلوك الصراخ الذي يتبعه هو الذي يعمل على انخفاض القلق الذي يعاني منه ، ومن ثم يقرر بكل وضوح انه لا بد وان يكرر هذا السلوك لكي يخلط على نوبات التشنج ويحرز انطلاقا من القلق

(Berry and El-senson 1956 : 275 ، 274)

وحسب وجهة نظر أصحاب المدرسة السلوكية في أن السلوك المضطرب هو سلوك متعلم ومكتسب ، لذلك فهم يهتمون - وحكما سبق ذكره - ان اللجلجة سلوك مكتسب ومتعلم نتيجة التمرن مثير معين هو ظهور القلق والخوف والتوقع، إذ غالبا ما يقرن حدوث اللجلجة مما يعمل على تدعيم وتعزيز سلوك اللجلجة ، ومع تكرار تلك الخبرات يحدث ارتباط شرطي بين للوقوف الاتصالية التي تتطلب من الفرد الكلام من أجل التواصل اللفظي مع الآخرين وبين حدوث اللجلجة ، مما يساعد على تدعيم وتثبيت هذا السلوك المضطرب ، ولقد قدم العلاج السلوكي الكثير من الغنيات التي تعمل على كنف سلوك اللجلجة مثل ،

١ - الكلام الإيقاعي Rhythmic Speech .

٢ - التظليل Shadowing

٢ - تأخر التغذية المرتدة السمعية Delayd Auditory Feedback .

٤ - الضوضاء الخفية Maskiny Noise .

٥ - تخفيض القلق Anxiety Reduction

٦ - إعادة التعريب على العادات الكلامية السليمة Speech Habit Retraining .

٧ - التحصين التدريجي Systematic Desensitization .

ولقد سبق الحديث عن كل منهم في الجزء الخاص بعلاج اللجاجة في الفصل الثاني من الكتاب ، وسوف يتضمن برنامج العلاجي الحالي فنية التظليل كاسلوب من أساليب المدرسة السلوكية لعلاج حالات اللجاجة .

التظليل عبارة عن محاكاة وتقليد كلام شخص آخر ، حيث يطلب فيه من المتلجج ان يكرر بصوت مرتفع رسالة تقرا بواسطة شخص آخر (للعلاج) على ان يتم التكرار في الحال بعد سماعها مباشرة (أي بفارق زمني قدره $\frac{1}{5}$ - $\frac{1}{4}$ من الثانية) . بحيث لا يكون لدى المتلجج فكرة مسبقة عن مضمون تلك الرسالة حتى يستمع اليها . وتتم عملية القراءة بالسرعة العادية (بحيث لا تتعدى كلمتين في الثانية) .

(Healey 1987: 495)

ولقد استخدم شيرى وسايبرز (1985) Cherry & Sayers فنية التظليل - كما سبق ذكره - من منطلق الافتراض الذي يرى ان عملية إخراج الكلام نحتوي على دائرة مغلقة للتغذية المرتدة السمعية التي يراقب للتكلم صوته ويصححه من خلالها وتحصل اللجاجة عندما تتأخر هذه التغذية المرتدة فتحدث التكرارات للأصوات والمقاطع بصورة لا إرادية .

ولهذا استخدم شيرى وسايبرز فنية التظليل بهدف التدخل في عملية التغذية المرتدة السمعية ، حيث رأيا ان التدخل في سير هذه العملية من الممكن ان يؤدي إلى تحسن في درجة اللجاجة .

كما أن استخدام هذا الأسلوب جاء من منطلق إحداث نوع من الارتباط الشرطي بين مثير هو كلام للعلاج والاستجابة (كلام للتأطير) الذي يأتي بعد كلام العلاج مباشرة ؛ وكأنه ظل له مما يؤدي إلى التحكم في الإعاقة اللفظية .
(لويس عبد الفتاح ١٩٨٨ : ٤٩)

ولقد أوضحت الدراسات أن اللججة تتخفف بشكل ملحوظ لدى المصابين باللججة أثناء جلسات العلاج بالتظليل ومنهم شيري وسابرز Cherry Sayers (1985) ، شيري وسابرز ومارلاند (1955) Cherry Sayers & Marland ، كيلام وماكهيل (1966) Kwiham & Machale ، كونداس (1967) Kondas فان ريبير (1959) Van Riper ولقد وجدوا تحسنا ملحوظا في درجة اللججة خلال جلسات العلاج بالتظليل ، ويرجع شارلز هيلي وسوزان هاو Healey & Howe (1987: 495) انخفاض درجة اللججة إلى بعض العوامل منها :

١ - قمع التغذية للترتدة السمعية .

٢ - تنظيم وتناسق إنتاج الكلام .

٣ - عدم وضوح المعنى الصريح للرسالة الظللة .

٤ - تغيير نموذج الصوت .

٥ - تسهيل الصياغة اللفظية .

ولقد وجد أنه بالرغم من أن وسيلة التظليل تساعد التأطيرين على أن يتكلموا بطلاقة وسلاسة ، إلا أنها تعمل على إعاقة الكلام بطريقة واضحة لدى الأفراد الأسوياء (الذين يتكلمون بطريقة طبيعية) ، كما أن السبب في هذه الظاهرة غير واضح ، ولكنهما يفترضان أن الأفراد الأسوياء يعتمدون بشدة على التغذية للترتدة السمعية لتسجيل وتذكر الجمال اللفظية ، فإذا ما حدث تدخل في إدراكهم السمعية فإنه يساعد على اضطراب الكلام لديهم .

الهدف العام للبرنامج العلاجي ،

وطبقا لوجهة نظر للبرصة السلوكية في الاضطرابات النفسية التي ترى انها عادات ، سلوكية خاطئة وان الفرد يستطيع اكتساب السلوك السوي او المضطرب على حد سواء أثناء عملية النمو .

لذلك يرى العلاج السلوكي إمكانية تعديل السلوك للمضطرب عن طريق تبديل المثيرات القديمة التي أدت إلى إحداث السلوك للمضطرب بمثيرات أخرى جديدة تعمل على إثارة استجابة جديدة (سلوك جديد) .

ومن هذا النطلق نجد ان الهدف العام لهذا البرنامج العلاجي هو تقديم أسلوب التظليل كاسلوب علاجي نفسي يساعد الطفل المتلعج على كف عادة (استجابة) سلوكية متعلمة ولتتمثلة في الاضطراب الكلامي

(اللجاجة) ، وقد يساعد أسلوب التظليل على تحقيق الهدفين التاليين ،

- ١ - التدخل في إحصاكات المتلعج السمعية لإعاقه فعل الرقابة الذاتية من جانب المتلعج ، وهذا بناء على الافتراض الذي يقرر ان تأخير التغذية للردة السمعية لدى الفرد يؤدي إلى حدوث اللجاجة (حتى لا يشعر بتأخرها) .
- ٢ - إحداث نوع من الارتباط الشرطي بين المثير (صوت العلاج) والاستجابة (صوت المتلعج) مما يؤدي إلى التحكم في اللجاجة.

الأهداف الإجرائية ،

يتضمن البرنامج أسلوبا من أساليب العلاج السلوكي ، وهو أسلوب التظليل لعلاج حالات اللجاجة لدى أطفال المرحلة الابتدائية (الصفوف الثلاث الأخيرة) ومن أهدافه الإجرائية ما يلي :

- تدريب الطفل المتلعج على استخدام أسلوب التظليل من خلال تدريبه على تكرار كلمات العلاج فورا .
- إعطاء فكرة لوالدي الطفل عن خطة العلاج ومواعيد الجلسات العلاجية .
- تدريب والدي الطفل على التدريبات المنزلية هي استخدام أسلوب التظليل ليقوما لها مع الطفل في المنزل .

الحدود الإجرائية للبرنامج العلاجي :

تم تحديد الخطوات الإجرائية للبرنامج العلاجي كما يلي :

١ - المجموعات العلاجية :

- تم تطبيق البرنامج العلاجي (بالتظليل) على مجموعتين قوام كل منهما (٦) أطفال ممن تراوح أعمارهم ما بين (٩ - ١٢) عاما ، على أن يتم اختيارهم بين هؤلاء الذين طبق عليهم مقياس لتقدير درجة اللجاجة ، وذلك بغرض تحديد درجة اللجاجة لكل منهم .

- تم تطبيق المقياس الخاص لتحديد درجة اللجاجة بواسطة المؤلفة بصورة فردية حتى يمكن التعرف على استجابات المتلجلجين بصورة دقيقة

- المجموعات التجريبية التي تتلقى البرنامج العلاجي بالتظليل هما مجموعتان تجريبيتان بواقع (٦) أطفال لكل مجموعة .

٢ - مكان التطبيق .

تم تطبيق الجلسات العلاجية للبرنامج في قسم التخاطب بمعهد السمع والكلام .

٢ - عدد الجلسات ،

تم تحديد عدد الجلسات بـ (٢٠) جلسة بواقع جلستين أسبوعيا ، ويستمر العلاج لمدة (١٠) أسابيع .

٤ - الزمن المخصص لكل جلسة ،

تراوحت مدة كل جلسة من (٢٠ - ٤٠) دقيقة .

٥ - التدريبات المنزلية ،

بعد أن تم تدريب الطفل على استخدام أساليب التظليل ، وبمجرد إتقان المتلجلج لكيفية استخدام تقنية التظليل يكون هناك واجب منزلي

لاستخدام تلك التقنية حيث يقوم بها الوالدان مع الطفل لمدة (٢٠) دقيقة يوميا .

٦ - العلاقة العلاجية :

يصف نوبس مايكة (١٩٩٠ ، ١٢٠) العلاقة بين للعالم السلوكي والعمل بأنها علاقة عمل لتحقيق هدف مشترك متفق عليه ، وإن النجاح في تحقيق هذا الهدف يعتمد بشكل كبير على هذه العلاقة . لذلك فهو يؤكد على أهمية خلق جو من الثقة بين العالم والعمل . حيث يتجارب العالم مع العمل مؤكداً له أن يفهمه ومع ذلك يتقبله تقبلاً تاماً غير مشروط .

لهذا يتعين على العالم أن يعمل على خلق جو يتسم بالود واللفة منذ بداية الجلسات العلاجية (المقابلة) حتى لا يشعر الطفل بالتهديد ، ويجد نفسه محاطاً بالدفء والحب مما يساعد على تهيئة الطفل لأن يالف للواقف العلاجية.

هذا بالإضافة إلى أن دور للعالم الأساسي هو وضع وتنفيذ خطوات البرنامج العلاجي ومتابعة تحسن الطفل ليساعده على اكتساب العادات الكلامية السليمة .

أدوار المشاركين في تنفيذ البرنامج العلاجي :

تعاون مع المؤلف بعض الأساتذة للتخصصين وذوي الخبرة في مجال العلاج الكلامي بقسم التخاطب بمعهد السمع والكلام وهم :

١ - أطباء الأنف والأذن والحنجرة .

٢ - الأخصائي النفسي .

٣ - أساتذة التخاطب .

ولقد تفضلوا مشكورين بمعاونة المؤلف في تهيئة الظروف التي تساعد على الخطوات التنفيذية للبرنامج العلاجي .

البيانات التي تحصل عليها المؤلف قبل بداية الجلسات :

تم تصميم استمارة حالة بواسطة المؤلف لكي تساعد في التعرف على بعض الجوانب في حياة الطفل في الماضي والحاضر وهي تتضمن :

اولا ، - بيانات عامة عن الطفل .

- نوعية العلاقات الموجودة داخل أسرة الطفل ، سواء كانت العلاقات بين الأم والأب أو بين الطفل وباقي أفراد الأسرة .

- نوعية علاقات الطفل بالآخرين داخل مجتمع المدرسة .

- الحالة الصحية للطفل والأمراض والعمليات الجراحية التي تعرض لها أثناء مرحلتي الطفولة المبكرة والمتوسطة .

- الأنشطة والهوايات .

- اضطرابات النوم .

- إصابة الطفل ببعض المشكلات النفسية.

ثانيا ، - بيانات عن المشكلة (المرض) .

تتضمن تاريخ ظهور المشكلة وأسباب ظهورها والأحداث التي تزامنت مع حدوث المشكلة والجهود العلاجية التي اتبعت من قبل لعلاج المرض .

ثالثا . - بيانات خاصة بالوالدين وكيفية معاملتهم للطفل وتتضمن :

- الأسلوب المتبع لكافة أو عقاب الطفل .

- رد فعل الوالدين تجاه لجلجة الطفل للمبكرة والثانوية .

- وصفا كاملا لأول موقف لاحظ فيه الوالدان لجلجة الطفل .

- وصفا لشاعر الوالدين تجاه للواقف التي يتلجج فيها الطفل .

تفصيل ما تم تناوله في الجلسات العلاجية ،

في البداية قامت الباحثة باختيار للوضوعات التي تستخدم للقراءة مع أسلوب التظليل ، وفضلت أن تكون من الكتب المدرسي للقرر وبعض للوضوعات من القصص التي تناسب مع سن أفراد العينة .

الجلسات التمهيدية :

تعتبر هذه الجلسة تمهيدية للبرنامج العلاجي ، حيث خصصت لإقابلة الطفل من أجل جمع المعلومات عن الطفل لاستخدام استمارة دراسة الحالة وإعطاء فكرة للطفل وللوالدين عن أسلوب العلاج، وكيفية استخدام التقنية العلاجية .

الجلسة الثانية :

تقدير درجة اللجاجة لدى الطفل عن طريق تطبيق ،

١ - مقياس تقدير المواقف المرتبطة بشدة أو انخفاض اللجاجة .

٢ - مقياس تقدير شدة اللجاجة .

الجلسة الثالثة إلى السابعة :

- تم استخدام أسلوب التظليل مع الطفل ، حيث تقوم للألفة بقراءة قطعة غير

معروفة للطفل - على أن تكون القراءة كلمتين ، كلمتين ، ثم يكرر الطفل فوراً مع تأخير قصير جداً .

- وتطلب للألفة من الطفل ألا ينظر إليها ، وإنما عليه أن يركز انتباهه فقط

على ما يسمعه .

- تتكون الجلسة من ثلاث فترات قصيرة تستمر كل واحدة ٤ - ٦ دقائق (قراءة

بالتظليل) على أن تتخللها فترة راحة قصيرة.

الجلسة الثامنة - وحتى الجلسة العشرين :

يكرر ما حدث في الجلسات الخمس السابقة .

وبمجرد إتقان الطفل للتلاعب لكيفية استخدام الفية التظليل يكون هناك واجب منزلي باستخدام تلك الفية بحيث يقوم بها أحد والديه (أو أحد الأخوة الكبار) .

مثال توضيحي للعلاج بالتظليل :

الجلسة الأولى :

اعتبرت المؤلف الجلسة الأولى تمهيدية ، حيث خصصت لجمع المعلومات عن الطفل مستخدمة استمارة دراسة الحالة .

استمارة دراسة الحالة

أولاً : البيانات العامة للحالة

الاسم ، أ ، الجنس ، ولد

السن ، ١٢ عاماً تاريخ الميلاد ، ٧ / ٧٨٠

الصف الدراسي ، الخامس الابتدائي

عنوان السكن ، شبرا - روض الفرج

التليفون (إن وجد) :

عدد الأخوة ، ٤

عدد الأخوة الإناث ، لا يوجد

ترتيب الطفل بين الأخوة ، الثالث

ثانياً ، العلاقات الأسرية :

١ - العلاقة بين الأب والأم .

(متوافق - غير متوافق) الأب متوفى

ب - العلاقة بين الطفل والأم ،

(رفض أو إهمال - حماية زائدة - تدليل - تسلط - الأسلوب الديمقراطية)

ج - العلاقة بين الطفل والأب متوفى

(رفض أو إهمال - حماية زائدة - تدليل - تسلط - الأسلوب الديمقراطية)

د - العلاقة بين الطفل وأخوته

(الغيرة - الغضب - سلوك عدواني - الكراهية - التعاون) .

ذالنا ، المدرسة وجماعة الأصدقاء ،

١ - العلاقة بين المدرس والطفل .

(استخدام الثواب والعقاب - نقد وتوبيخ - إهمال ونهذ) .

ب - العلاقة بين الطفل وجماعة الأصدقاء :

(التعاون - الغيرة والتنافس - كراهية الزملاء ، لأنهم يسخرون منه دائما من طريقة كلامه) .

ج - المواد الدراسية التي يميل إليها الطفل هي الرياضيات

د - المستوى التعليمي للطفل . جيد

هـ - هل هناك مشكلات نفسية أو اجتماعية تعرض لها الطفل من قبل

١ - للمدرسين ؛ إذا تلجج الطفل أثناء الإجابة على أسئلة للمدرس ينهره ويطلب منه الجلوس وينفجر الأصدقاء بالضحك عليه .

٢ - الأصدقاء ؛ في المدرسة

رابعاً : الحالة الصحية للطفل :

أ - هل الحمل كان طبيعياً

نعم

ب - هل الولادة كانت طبيعية

لا

ج - هل الرضاعة كانت طبيعية

نعم

د - أهم الأمراض التي تعرضت لها الأم أثناء الحمل ؟ لا يوجد

هـ - ما الأمراض الجسمية التي أصيب بها الطفل في سنوات عمره الأولى ؟ الإنفلونزا

- والتهاب اللوز المستمر .

و - ما العمليات الجراحية التي أجريت للطفل أثناء فترة طفولته ؟

جراحة استئصال اللوز .

خامساً : الأنشطة والهوايات :

أهم الأنشطة التي يميل إليها الطفل ؟

لعب الكرة .

سادساً : الأحلام واضطرابات النوم

أ - هل ينام الطفل نوماً طبيعياً

لا

ب - هل يشعر بالأرق دائماً أثناء الليل

لا

ج - هل يعاني من الأحلام للزعجة (الكوابيس)

نعم

د - هل هناك اضطرابات في النوم

لا

(نوم متقطع - مفاويف أثناء النوم)

سابقاً ، للمشكلات النفسية ،

- هل يشعر الطفل بالخوف والقلق من ،

(الكلاب - القطط - الظلام)

- هل لديه مشكلات متعلقة بالأكل ،

(فقدان الشهية - تقيؤ - إضراب في تناول الطعام) .

- هل لديه مشكلات متعلقة بعملية الإخراج .

(قبول لا إرادي - إمساك مزمن) . لا يوجد

- هل لديه بعض العادات السيئة .

(مص الأصابع - قضم الأظافر - ألامت عصبية) لا يوجد

ثامناً ، بيانات عن المشكلة (للرض) ،

- تاريخ ظهور الجلطة .

مند (٦) سنوات

- اسباب ظهور الجلطة .

- إجراء جراحة استئصال اللوزتين .

- استخدم مع الطفل حارفا كثيرة لإجباره على استخدام اليد اليمنى بدلا من

اليمنى ، حيث يستخدم اليسرى في الأكل والكتابة .

- نوع الجلطة .

توقفية

— الجهود العلاجية التي تبعت من قبل ،

— لا شيء .

- متى بدأ الطفل يتلجج ؟

بعد إجراء عملية استئصال اللوزتين -

- ما هو الموقف الذي تلجج فيه الطفل للمرة الأولى ؟

لثناء مشاجرات أفراد الأسرة .

- هل يوجد أحد في الأسرة يعاني من اضطرابات كلامية أو لجلجة ؟

لا يوجد

- هل يكتب الطفل باليد اليمنى أم اليسرى ؟

اليسرى

- متى بدأ الطفل ينطق كلماته الأولى ؟

في بداية عامه الثالث

- هل أصيب الطفل بأي أمراض قبل حدوث اللجلجة مباشرة ؟

(حمى شوكية - إنفلونزا شديدة - حصبة)

أسباب أخرى التهاب اللوزتين التكرري

- ما هي العمليات الجراحية التي أجريت للطفل قبل حدوث اللجلجة مباشرة ؟

(بشهر أو أكثر من شهر) ، استئصال اللوزتين

- هل بدأ الطفل يتلجج عندما لاحظ أن أمه حامل ؟ لا

- هل تزامنت بداية لجلجة الطفل مع ميلاد طفل جديد في الأسرة ؟ لا

- هل بدأ الطفل يتلجج عندما شعر برعب شديد (خوف) من شيء ما ؟

الخوف من إجراء الجراحة .

- هل تزامنت بداية اللجلجة مع تغيير في بيئة الطفل ؟

- هل تزامنت حدوث اللججة مع سفر أحد الوالدين للخارج ؟ لا

- هل يوجد لدى الطفل أي عيوب كلامية أخرى ؟

(كلام طفلي-إبدال الحروف-حذف بعض الحروف - تأخر في الكلام)

- في أي من المواقف الآتية يشعر الطفل بالقلق من الكلام ؟

- عندما يستثار .

- عندما يسرع في الإخبار عن حادثة ما .

- عندما يكون هناك بعض الضغوط الاجتماعية .

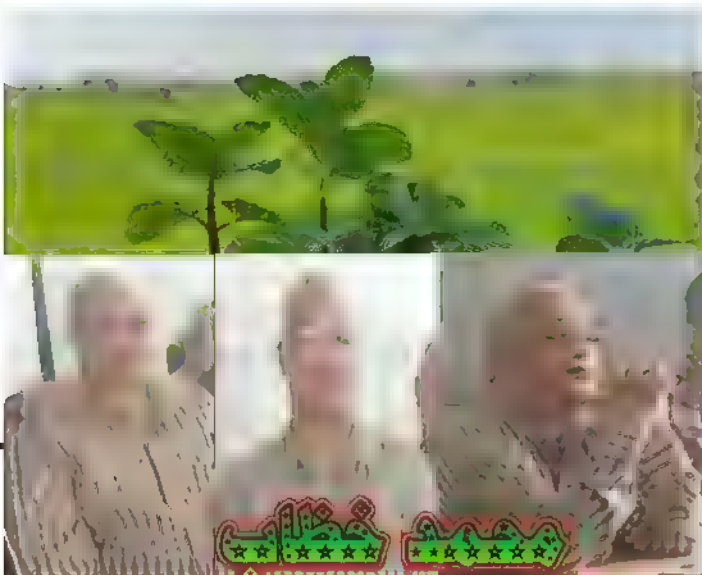
- أهم الأشخاص التي تزداد معهم درجة لججة الطفل ،

الأخ الأكبر - المدرس - الأصقاء بالمدرسة أثناء الشرح يطلب منه المدرس الإجابة

عن سؤال معين وعندما يتوقف الطفل بسبب اللججة ينهر : المدرس ويطلب منه

الجلوس ينفضر زملائه في الفصل بالضحك عليه ويقول الطفل : (أشعر براسي تدور

ويكاد يغمى على وأكره نفسي) .



بيانات خاصة بالوالدين وكيفية معاملتهم للطفل

- ١- اسم الوالد الهنة : متوفى
- ٢- اسم الأم الهنة : مشرفة حضانة
- ٣- ما المستوى التعليمي للأب : متوسط
- ٣- ما المستوى التعليمي للأم : متوسط
- (٤) ما المستوى التعليمي للأم : متوسط
- ٥- ما الأسلوب المتبع لكافة الطفل ؟ : أحياناً النقود
- ٦- ما الأسلوب المتبع لعقاب الطفل ؟ : الضرب والسب
- ٧- هل كان الطفل مرغوباً فيه من قبل الوالدين ؟ : نعم
- ٨- هل توجد لدى الأب أو (الأم) نزعة الإلحاح وروح التدقيق في أمور النظافة ؟ لا
- ٩- هل تشعر بقلق شديد على صحة الطفل الجسمية أو النفسية ؟
- الأم دائمة الفلق على الطفل
- ١٠- هل يكتب الطفل باليد اليمنى أم اليسرى ؟ وإذا كان يكتب باليسرى هل أجبر على استخدام اليد اليمنى أم تم ربط يده اليسرى ؟
- نعم أجبر على استخدام اليد اليمنى بعدة وسائل منها ربط يده اليسرى
- ١١- حاول وصف أول موقف شعرت فيه أن كلامه غير عادي ؟
- ثناء مشاجرة الأم مع نبتها الأكبر بعد وفاة الأب
- ١٢- وبعد للملاحظة الأولية - ماذا كان تعقيبك عليها :
- قف وبالراحة . ٧-

- توقف وشوف اللي غلظت فيه . ✓

- توقف وفيما ثانية .

- تكلم ببطء .

- مساعدته فيما يقول .

- نهزه بشدة أو طرية .

١٢ - كم مرة كان هذا التعقيب يقال :

٥ - ٢٥ مرة يوميا .

٥ - ٢٥ مرة أسبوعيا .

٥ - ٢٥ مرة شهريا .

لا أعرف كل ✓

١٤ - عندما يتلجج الطفل - ما هي الحركات للصاحبة الجلجة التي تلاحظها

باستمرار ؟

- يضغط شففيه .

✓ غلق عينيه .

✓ يخرج لسانه .

- عينيه تصبح واسعة .

✓ يفتح فمه .

✓ يهز رأسه .

- يرمش بعينه .

- يدير فمه إلى جهة واحدة .

- يدير وجهه .
- يدير رأسه إلى جهة واحدة .
- ١٥ - شعورك حيال هذه السلوكيات أو (رد فعلك تجاهها) ؟
- تكرهها لقوة .
- تشعر بالأسى حيالها . ✓
- عدم المبالاة .
- ١٦ - ما الطريقة المثلى في رأيك للتغلب على اللجاجة ؟
- خفض التوتر لدى الطفل .
- إعطاؤه ، تدريبات كلامية . ✓
- تشجيعه على الكلام .
- خفض معدل الكلام .
- علاج نفسي .
- إتاحة الفرصة لزيادة ثقته بنفسه
- الشغف يجب أن يتغلب عليها بنفسه .
- تحسين الكلام وترتيب الأفكار قبل التكلم .
- لا نفعل شيئاً يلفت انتباه الطفل
- تكون صبوراً مع الطفل .
- لا نرغم الطفل على الكلام .
- إزالة الضغوط والإجباطات وحل الصراعات .
- الاهتمام بإشباع حاجة الطفل إلى الحب والحنان
- تتجاهل اللجاجة تماماً .
- لا يمكن التغلب على اللجاجة .

ملخص الحالة

العلاقات الأسرية .

علاقة الحالة بأمه تتسم بالحماية الزائدة في الوقت الذي تتسم علاقة الحالة بالأخ الأكبر (ولى أمره) بالقسوة والتسلط ، هذا إلى جانب أن للتأخ النفسي (خاصة بعد وفاة الأب) الذي يعول الأسرة يتسم بالاضطراب ، ويتمثل هذا في كثرة مشاجرات الأخ الأكبر مع الأم .

المدرسة وجماعة الأصدقاء ،

يتضح من علاقة الحالة بزملائه أنها علاقة نقد وتوبيخ من جانب المدرسين ، بسبب ضعف مستواه الدراسي ، بالإضافة إلى عدم مقدرته على الكلام بسلاسة ، أما علاقة الحالة بزملائه فتتسم بكثرة للمشاجرات ، كما أنه كثير العدوان عليهم بسبب سخريتهم من طريقة كلامه للعبية، مما أدى بالحالة إلى تكرار المدرسة ورفضه الذهاب إليها .

الأحلام والنوم ،

يعانى الحالة من الأحلام للزعجة والكوابيس .

العادات والمخاوف ،

يعانى من عادة قضم الأظافر حتى الآن ، ويشعر بالخوف من الظلام نتيجة لما يعانيه الطفل من مشكلة نفسية .

من خلال دراسة الحالة تعتقد المؤلف أن العوامل التي أدت إلى ظهور الجلجلة هي تركيبة من عدة عوامل متشابكة عضوية ونفسية وبيئية ، بالإضافة إلى أن هناك بعض العوامل السببية للجلجلة ويعتقد أنها آخر أدى إلى رموز الجلجلة بل وانتقالها من المرحلة الأولى إلى المرحلة المتقدمة .

أولاً : العوامل المسببة لظهور اللجاجة :

١ - عوامل نفسية :

ذكرت والدة الطالبة ان الطفل كان طبيعيا ولم تكن لديه أي إعاقة كلامية، غير أنه عانى بعض الشيء من تأخر الكلام ثم بدأ يتكلم في بداية عامه الثالث بصورة طبيعية .

وأضافت الأم أنها لاحظت بداية . اللجاجة لدى الطفل عندما كان يبلغ من العمر (٦) سنوات ، وبالتحديد بعد إجراء جراحة استئصال اللوزتين ، حيث لم يمهّد الطفل لإجراء الجراحة وإنما كان دخول المستشفى بغرض العلاج فقط ، ولكنه فوجئ بدخول حجرة العمليات ، ومع عملية الإجهار والشد من جانب للمرض المختص ورؤية غيره من الأطفال وهم يبكون ويصرخون ، وتعبير الأم عن حالة الطفل بقولها ، " بأنه كان مرعوباً ووجهه أصفر-ولم ينطق بكلمة واحدة" .

٢ - عوامل عضوية ونفسية :

كان الطفل يستخدم اليد اليسرى في الكتابة والأكل أحيانا - وبالتالي تعرض لأنواع كثيرة من الضغط والمقلب بغرض استخدام اليد اليمنى بدلا من اليسرى ، وهذا يؤدي بدوره إلى اضطراب في مراكز الكلام بالمخ ، ومن ثم اضطراب العملية الكلامية ولقد ذكر العلماء المختصون بأن عملية النطق تتضمن تآزرا بين نشاط عضلات مختلفة واقعة في الناحيتين اليمنى واليسرى للمخ . فهي تتطلب نشاط نصفي للمخ معا ، وفي أغلب الأهراد تقع نقطة البدء لعملية النطق في النصف الأيسر من المخ ، (أي اليمين يستعملون اليد اليمنى بمهارة) والعكس صحيح ولكن ضغط الوالدين على استخدام اليد اليمنى ، إذا كان الطفل يستعمل أصلا اليد اليسرى ، فإن هذا يؤدي إلى تنشيط مصطنع لنصف المخ الأيسر ، بينما نصف المخ الأيمن هو الأنشط في الأصل ، ولذلك عند النطق يحاول كل من النصفين أن يبدأ سلسلة العمليات التي تفوق النطق ، وينشط النصفان معا ، وتختل العلاقة الزمنية ، ومن ثم تضطرب العملية الكلامية .

(Ratner,1992)

ثانياً ، العوامل التي أدت إلى رسوخ وتطور حالة اللجلجة ،

١ - عوامل تفسيرية وبيئية ،

بدخول الطفل للمدرسة تطور اللجلجة إلى مرحلة أصعب من ذي قبل ؟ وذلك نظراً لما تفرزه لواقف المدرسة للطفل من إحساس الضغط والقلق ، حيث إنه يشعر بأنه أدنى درجة من الآخرين .

ويعبر الطفل عن حالته أثناء الإجابة على أسئلة المدرس وعدم مقدرته على الحديث بطلاقة مثل باقي الأطفال خاصة عندما ينهره المدرس ويأمره بالجلوس وينفجر زملائه بالضحك والسخرية ، من هنا تتجسد مدى حجم مشكلة الطفل في كلماته " أشعر براسي تدور ويكاد يعمى على وأكره نفسي " .

٢ - الجو النفسي المضطرب في الأسرة ، والذي يتجسم في كثرة المشاجرات بين أفرادها خاصة بعد وفاة الأب وسيطرة الأخ الأكبر وكثرة مشاجراته مع الأم ، بالإضافة إلى اصطدام الطفل بالسلطة والذي يتجسد في هذه الحالة في الأخ الأكبر مما يساعد على ازدياد حجم مشكلة اللجلجة وتطورها من سيئ إلى أسوأ .

الجلسات العلاجية :

الجلسة الأولى ،

خصصت لجمع المعلومات عن الطفل مستخدمة استمارة دراسة الحالة

الجلسة الثانية ،

خصصت المؤلفة هذه الجلسة لتطبيق المقاييس الخاصة بتقدير درجة اللجلجة لدى الحالة .

الجلسة الثالثة ،

حضر العميل في اللقاء الذي حضرته الباحثة برفقة والدته التي أعانت على الباحثة الشكوى من العميل ومجملها كالاتي ،

- رفض العميل الذهاب إلى المدرسة .
 - كثرة تخيبيه عن المدرسة بدون عذر أو سبب واضح .
 - شكوى للترسين من ضعف مستواه الدراسي .
 - زيادة درجة اللجاجة عن ذي قبل .
 - كثرة للشاجرات مع اصطفائه من المدرسة وأولاده الحيران .
 - الانطواء على نفسه في المنزل أثناء زيارة الأهل والأقارب .
- ثم بدأت الجلسة بدخول العميل لحجرة العلاج ورحبت له المؤلفة ، مع إشاعة جو يتسم بالألفة والتسامح ، وجلس في المكان المخصص له ، أعادت المؤلفة شرح طريقة الأسلوب العلاجي (التظليل) للعميل ، حيث اختارت قطعة القراءة للظلمة وطلبت من العميل أن يركز انتباهه فقط على ما يسمعه ، وأن يكرر وراءها ما يسمعه بتأخير بسيط جداً ، بحيث تأتي كلمة الطفل ظللاً لكلمة المؤلفة ، كانت القطعة تقرأ بسرعة منتظمة كلمتين ، كلمتين ، وتتم هذه العملية على ثلاث فترات بحيث تستمر القراءة بالتظليل في كل فترة ٤ - ٦ دقائق .

تتكون الجلسة من ثلاثة تمارين قصيرة تستمر كل واحدة ٤ - ٦ دقائق ، على أن يليها فترة راحة قصيرة استمرت الجلسة العلاجية من ٣٠ - ٤٠ دقيقة

القطعة المظلمة :

١٢ - القاهرة قديماً وحديثاً

القاهرة عاصمة جمهورية مصر العربية ، وكبرى المدن في البلاد العربية في الاتساع ، وكثرة السكان ، وما تضمه من أنواع النشاط .

في القاهرة للساحد العتيقة والكتائن الأثرية والجامعات والمدارس والمتاحف والوزارات، وفيها الكثير من دور الخيالة (السينما) والمسارح ، وتمتلئ شوارعها بالسيارات والازدحام وتحت أرضها يجري (الترقو) وتردحم بالمناجر ، وقد أقيمت فيها (الكباري) العلوية ، لتيسير حركة المرور .

ولياليها أضواء ساطعة ذات أشكال وألوان ، ولا تزال آثارها تحكى لنا صورة الحياة في القاهرة القديمة .

تعال نعيش مع الناس في القاهرة القديمة.

نعم : إنها أصغر من القاهرة اليوم - يحيط بها سور ضخّم لحمايتها ، للسور أبواب كبيرة ، منها : (باب الفتوح) و (باب زويلة) وكلاهما موجودة حتى الآن ، وكذلك بقايا السور . في الداخل (أحياء) وشوارع متفرع منها حوار وأزقة بعض الحواري ، لها أبواب تخلق ليلاً حرصاً على الأمن ، وكل حارة لها رئيس يعرف أهلها جميعاً اسمه (شيخ الحارة) .

لقد وجدت المؤلف أن العمل يلقى صعوبة في استخدام القراءة بالتظليل في هذه الجلسة .

الجلسة الرابعة ،

حضر العميل في الموعد المحدد للجلسة، واستقبلته المؤلف بالترحيب ، بادر العميل بالسؤال التالي ، " هل لنا هادف فعلاً من الجلسة ؟! الدرس ككل ما أتكلم يقول "روح إتكلم عدل الأول " وعبر العمياء عن كرهه الذهاب إلى هذه للدرسة، بقوله ، " أنا كرهت للدرسة دى وعاوز أروح مدرسة ثانية " بسبب أن أصلحاه يسخرون دائماً من طريقة كلامه ، بل ويرفضون اللعب أو الكلام معه ، ولذلك هو يريد طريقة تخلصه من هذا العيب الكلامي ، طمأنته المؤلف إلى جدوى استخدام الوسيلة العلاجية مع الالتزام بمواعيد جلسات العلاج ، وإن عملية علاج اللجاجة أو التخفف من حنظلها بأخذ وقتنا طويلاً نسبياً .

رأت المؤلف أن في رغبة العميل في التخلص من اضطرابه عاملاً مساعداً للاستجابة للعلاج .

الإجراء : كما تم في الجلسة السابقة .

الجلسة الخامسة :

وصل العميل متأخرا عن ميعاده ، وقالت والفته : انه لا يريد ان ياتي الى العيادة وحتى المدرسة تخيب عنها لمدة يومين ، ناسالته للؤلفة عن السبب ، فقال العميل : اصل انا باتعب لما بروح للمدرسة " .

للؤلفة . كيف ؟

المميل : (فلما اشعر بلوحة في رأسي ولنا في المدرسة ، علشان كده لازم اغيب) .
بلاحظ انه ذكر فيما سبق في دراسة الحالة - انه كان يصاب بالدوار عندما يسخر منه اصدقائه في الفصل او عندما يمنعه المدرس من اكمال اجابته على الأسئلة الموجهة له .

ولكن اللؤلفة شجعتة على الاستمرار في الذهاب الى المدرسة وحضور جلسات العلاج بانتظام ، كما شجعتة على استنكار دروسه جيدا . الإجراء . كما الجلسات الساذقة .

الجلسة السادسة :

لم يحضر العميل إلا في نهاية الوقت المحدد للجلسة للدرجة ان اللؤلفة اعتقدت انه لن يحضر في هذا اليوم ، وعندما دخل العميل إلى الغرفة نظرت إليه اللؤلفة ولكنه اعتذر وبادرها بالسؤال عن مدى أهمية ما يفعل في الجلسة العلاجية وهل تفيد حقا في إزالة إعاقته أو لا ، وتمثل هذا في قوله " اصل انا باحي كل مرة ومش حاخف ببقى آحي ليه " ، كما عبر العميل عن حالته في المدرسة من انه يستنكر دروسه بجد ونشاط ولكنه عندما يجلس في الفصل ويرن للمشاركة في الإجابة على الأسئلة لا يعطيه المدرس الفرصة ويقاطعه قائلا . (اجلس كده الحصة حتخلص وأنت لسه ما خلصتش روح لتعالج وبعدين جاوب " ثم يستطرد العميل " وبعد كده كل أصحابي مضحكوا على ببقى للمدرسة ليه أنا يا حسن ان رأسي يتلف)

ولكن المؤلفه طلبت منه الاستمرار في المذاكرة والذهاب إلى المدرسة قائلة :
" إن اجتهدك في المدرسة يساعدك على الثقة بالنفس وبالتالي التخلص من اللجاجة " .

كما طلبت للمؤلفة منه ألا يعمل على إخفاء لجلجته ولا يهتم بآراء الآخرين
في ذلك ، لأنها رأت أن هذا يساعد على خفض النافع الإجمالي للجلجاة ، ولكي يتعلم أن
يواجهها ولا يحاول إخفاءها ، حيث إن هذا - على الأقل - يساعد على إخفاء المظاهر
للربطلة بحدوث اللجاجة مثل احترقان وتقلص عضلات الوجه التي تلفت إليه النظر
بصورة اكبر من اللجاجة .

الإجراء : كما تم في الجلسات السابقة .

الجلسة السابعة :

في هذه الجلسة رأت المؤلفه أن تكثف من التدريبات على أسلوب العلاج بالتظليل ،
خاصة بعد أن تأكدت من إتقان العميل لاستخدام القراءة بالتظليل ، لذلك طلبت منه
القيام بتدريبات منزلية باستخدام أسلوب التظليل مع أحد الوالدين ، لمدة ٢٠ دقيقة
يومياً .

الإجراء : كما تم في الجلسات السابقة .

الجلسة الثامنة :

حضر العميل في ميعاد الجلسة المحدد، وبعد أن قابلته المؤلفه بالترحاب سألته
عن الواجبات المنزلية وهل قام بتأدية التدريبات كما طلب منه بالضبط أو لا ولقد
أشار العميل أنه قام بالتدريبات بعض الأيام فقط .

ولاحظت المؤلفه أنه مازال لا يثق بنفسه ولا بطريقة العلاج فهو لا يتخيل أنه
سيتخلص من عيبه الكلامي هذا .

ولهذا رأت للمؤلفة ضرورة خلق جو يتسم بالآلفة والتسامح ، بل وتشجعه على أن
يتلجج بحرية ، حتى تعمل على خفض النافع الإجمالي في محاولة لتقليل قلق العميل
نحو عيبه الكلامي .

الإجراء : كما تم في الجلسات السابقة .

من الجلسة التاسعة - حتى الجلسة السادسة عشرة :

جرت الجلسة وفق ما سبق دون تغيير يذكر سوى أن العميل بدأ يلتزم بمواعيد الجلسات ويواظب على تأدية التدريبات المنزلية .

قلت نسبة غياب العميل عن المدرسة - ولكنه كان يتغيب أحيانا بحجة التعب أو المرض .

كان يذكر من حين لآخر - عدم جدوى وسيلة العلاج معه وأنه لم يشف من اللحجة .

لاحظت المؤلفة أن هناك تحسناً طفيفاً بدأ يطرأ على حالة العميل ، حيث إنه لم يعد يذكر أن سبب تغيبه من المدرسة هو كرهه للمدرسة والأصدقاء ولكن هناك سبباً آخر هو المرض أو التعب .

استمرار إجراءات جلسات العلاج - كما في الجلسات السابقة - مع استمرار تشجيع المؤلفة على اللواظبة على الذهاب للمدرسة يومياً .

الجلسة السابعة عشرة :

في هذه الجلسة حضر العميل في الموعد المحدد ، وجلس في المكان المخصص له وبعد ترحيب المؤلفة وسؤاله عن الواجبات المنزلية وبسؤاله عن مدى التزامه بالذهاب للمدرسة يومياً قال : " أنا بروح المدرسة كل يوم ، لكن لا يتعب أصدقائي ، صديقي محمد يقول لي المدرسة مهمة جداً تتعلم " .

وعلمت المؤلفة " حسناً أنا مبسوطة منك جداً يا (س) - أنت الآن أصبحت ممتازاً " لاحظت المؤلفة أنه أول مرة يذكر فيها العميل كلمة صديقي ، حيث أن من العوامل التي كانت تعيق عن جو المدرسة هو كرهه لأصدقائه وسخريتهم منه ، هذا بالإضافة إلى أنه يثق بهذا الصديق بليل اقتناعه بكلامه .

الإجراء : كما تم في الجلسات السابقة .

الجلسة الثامنة عشرة :

اعتاد العميل على الحضور في المواعيد المحددة للجلسات العلاجية ، كما اعتاد أيضا على تأدية التدريبات المنزلية بنظام ، مع ملاحظة أن درجة التلمذة لدى العميل بدأت تنخفض إلى حد ما .

الإجراء : كما تم في الجلسات السابقة .

الجلسة التاسعة عشرة :

دخل العميل حجرة العلاج وقد بنا عليه الارتياح والسرور وهو يعطي ، للؤلؤة ورقة قائلا شوقي " لقد كانت ورقة اختبار في مادة اللغة العربية خاصة به وقد أحرز درجات عالية فيه ، شجعتة اللؤلؤة " براهو " أنت كده أصبحت فعلا ولنا مجتهدا ، قال العميل ، " أصل أنا وصاحبي محمد ذكركنا كويس بلدي قبل بدائي الحصة الأولى وعشان كده إحنا الاثنين جينا درجات كويسة قوى ، وكمان للدرس مبسوط مني وخلي كل الفصل يصفق لي " شجعتة اللؤلؤة : حسنا .

فاستطرد قائلا . " أنا كويس في امتحانات التحرير لكن في الأسئلة الشفوي لسه بتلجأ شوقيه لكن مش مهم " .

لاحظت اللؤلؤة في هذه الجلسة عدة نقاط .

- حرص العميل على الذهاب للمدرسة مبكرا .

- ظهور بداية تأسيس للعلاقات الاجتماعية متمثلة في ملاكركته مع صديقته

- تلاشى إحساس العميل بالضيق واللال من الوجود في المدرسة . الإجراء : كما

تم في الجلسات السابقة .

الجلسة العشرون :

(هذه الجلسة تأخرت لمدة عشرة أيام لظروف الإجازة)

دخل العميل حجرة العلاج مسرعا ومبهجا - بعد ان استأذن في الدخول قبل ميعاده بنصف ساعة - وبعد الترحيب قال : (لنا عاوز لخلص بسرعة هنا عشان عايز أرجع المدرسة تاني ، وإن ماكنش عند حضر تك وقت بلاش الجلسة النهاردة " .

ولما سألته المؤلفة عن السبب رد قائلا : " اصل ملئرس الألعاب اختارني مع خمسة من الفصل في فريق للمدرسة لكرة القدم وكل يوم لازم نتدرب في الفسحة مع بقية اصحابي - ايوه لازم هريقنا يكون احسن فريق وعشان كده كل يوم لازم نتدرب مع بقية اصحابي دلوقت مقدرش اغيب عن المدرسة خالص " .

لاحظت المؤلفة عدة نقاط كانت مؤشرا لتحسن حالة العميل .

- تحسن واضح في طريقة كلام العميل عن ذي قبل .

- شعور العميل بأهمية دوره في فريق المدرسة (ثقة بالنفس) .

- تواجد العلاقات الاجتماعية مع اصدقائه متمثلة في حرصه على التدرب مع اصحابه كل يوم .

- عدم اهتمامه بقصوره اللفظي قد تجلى وظهر في عدم اهتمامه بجلسات العلاج التي شعر أنه لم يعد في حاجة لها .

- حرصه على تحقيق ذاته كفرد له ذاته ، وبدا ذلك في رفضه فكرة الغياب من المدرسة .

- تلاشي الإحساس باليأس في الشفاء النهائي من القصور اللفظي ، على الرغم من ان اللججة لم تختلف تماما - لكنها على الأقل خفت حدتها بشكل كبير عن ذي قبل ، وهذا يعنى أنه اتخذ اتجاهها موضوعيا نحو اللججة ، أي أصبح متقبلا لذاته متقبلا لقصوره اللفظي دون حرج وظهر ذلك واضحا في شيتين :

١ - تلاشى للظاهر الفاذوية المصاحبة لحدوث الجلجة مثل تقلص عضلات الوجه أو اهتزاز الجسم .

ب - أنه لا يحاول إخفاء لطبعته والشعور بالصرح والتخل منها ، ولم يعد مهتما بآراء الآخرين تجاه هذا الموضوع .

الإجراء : كما تم في الجلسات السابقة.

القضية المظلمة ،

٢٦ - كائنا رجال الشرطة

انت تعيش مع أسرنا في أمن وسلام ، وتنام في بيتك هاننا مطمئناً ، لأن هناك عيوننا لا تنام ، تسهر على راحتك ، وتحافظ على أمن كل مواطن .

إنهم رجال الشرطة أبناء مصر وحماها يحمون المدن والقرى ويحافظون على الأرواح والممتلكات ، وينظمون حركة المرور ، ويحاونون ضيوف مصر ، ويكرمونها ، ويرشدونها .

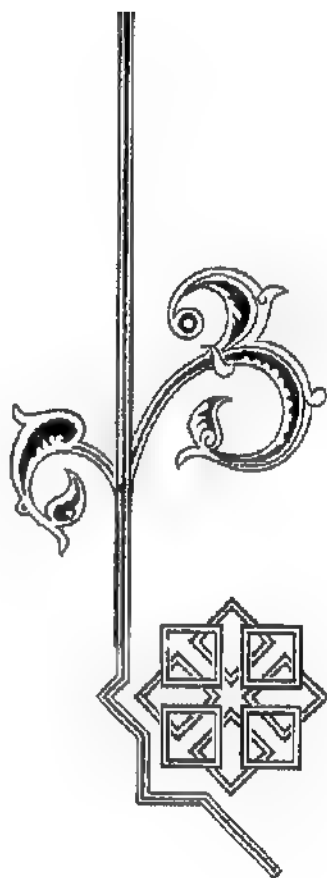
يساعدون الضعيف ويعطفون على الصغير ، ويجيبون المستغيث ويتجولون في شوارع المدن والقرى ، لحفظ النظام واستقرار الأمن .

يستعينون على عملهم بأحدث الأسلحة ، وأحدث الأجهزة العلمية ، فتراهم يحملون (أجهزة اللاسلكي الحديثة) ويركبون السيارات في (دوريات) منظمة ، أو يركبون الدراجات البخارية (للتوسيكالات) ولا يتوقف نشاطهم ليلاً ولا نهاراً ، فهم في خدمة الشعب في كل وقت وفي كل مكان ، حتى حدود البلاد والمساحات المائية .

المراجع

أولاً - المراجع العربية

ثانياً. المراجع الأجنبية



المراجع

أولاً. المراجع العربية :

١. إبراهيم أنيس (١٩٩٥) ، الأصوات اللغوية ، القاهرة : مكتبة الإنجلو المصرية .
٢. ابن منظور ، كشاف العرب ، الجزء الثاني ، الطبعة الأولى ، بيروت : دار صادر .
٣. أبى الحسين أحمد بن فارس : معجم مقاييس اللغة ، (ط ٣) ، تحقيق عبد السلام هارون (١٩٨١) القاهرة : مكتبة الخانجي .
٤. اتودينخل . (ترجمة) صلاح مخيمر وعبد ميهنايل رزق (١٩٦٩) : نظرية التحليل النفسى فى العصاب (الجزء الثانى) القاهرة : مكتبة الأنجلو .
٥. إجلال محمد سرى (١٩٩٠) : علم النفس العلاجي . القاهرة : عالم الكتب .
٦. إيناس عبد الفتاح أحمد سالم (١٩٨٨) : دراسة نفسية فى اضطرابات النطق والكلام . رسالة دكتوراه ، كلية الآداب ، جامعة عين شمس .
٧. هنريه مكمال أحمد (١٩٨٥) : ظاهرة للجلجة فى ضوء بعض العوامل النفسية والاجتماعية . رسالة دكتوراه ، كلية البنات لآداب والعلوم والتربية ، جامعة عين شمس .
٨. جابر عبد الحميد جابر وعلاء الدين كفاوى (١٩٨٨) : معجم علم النفس والطب النفسى . (ج١) ، القاهرة : دار النهضة العربية .
٩. جان شك جروسمان وآخرون (ترجمة) محمد عبد الحميد أبو العزم (١٩٦١) : كيف يساعد الأطفال للممتعة والتعلم ، كيف تفهم الأطفال . سلسلة دراسات سيكولوجية (٢١) . (ط٢) . القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .

١٠. جمال محمد حسن نافع (١٩٨٧) : اللجاجة وعلاقتها بسمات الشخصية ومستوى التطلع لدى تلاميذ الرحلة الإعلانية . رسالة ماجستير ، كلية التربية ، جامعة عين شمس .
١١. حامد عبد السلام زهران (١٩٧٨) : الصحة النفسية والعلاج النفسي (ط ٢) القاهرة : عالم الكتب .
١٢. حسام الدين عزب (١٩٨١) : العلاج السلوكي الحديث : تعديل السلوك ، أسسه النظرية ، وتطبيقاته العلاجية والتربوية ، القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية .
١٣. حسين خضر (١٩٦٠) : علاج الكلام (ط ١) القاهرة : عالم الكتب .
١٤. ذكية طرحت حسين (١٩٦٤) : دراسة تجريبية للتغيرات التي تطرأ على شخصية الأطفال للشكلين انفعاليا في خلال فترة العلاج النفسي غير للوجه عن طريق اللعب رسالة دكتوراه ، كلية التربية ، جامعة عين شمس .
١٥. زينب سعد شقر (٢٠٠٠) : اضطرابات اللغة والتواصل ، القاهرة مكتبة النهضة المصرية .
- اليونيسكو ، مركز الاتصال الشامل لإرشادات في التربية الخاصة لتعلم الأطفال الناشئين ضعاف السمع كوينهاجن — الدنمارك ١٩٨٧
١٦. سامية القطان (١٩٨٠) : استمارة السطوي الاجتماعي — الاقتصادي — الثقافي . كراسة الأسئلة ومعايير التصحيح ، القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية .
١٧. سعد فرنسيس جندى (١٩٩٢) : النمو النفسي من الميلاد حتى المراهقة ، لجنة النشر للثقافة القبطية والأرثوذكسية .
١٨. سوزانا ميلر (ترجمة) حسن عيسى ومحمد عماد الدين إسماعيل (١٩٨٧) : سيكولوجية اللعب ، الكويت ، عالم للعرفة .

١٩. شيري . وب . سابرز (ترجمة) محمد فرغلي هراج (١٩٨٥) ، تجارب على الكف الكلي للجلجة عن طريق التحكم الخارجي ، في مرجع في علم النفس الإكلينيكي (القاهرة : دار المعارف)
٢٠. صفاء غازي أحمد حمودة (١٩٩١) ، فاعلية أساليب العلاج الجماعي (السيكودراما) وللممارسة السلبية لعلاج بعض حالات الجلجة . رسالة دكتوراه ، كلية التربية ، جامعة عين شمس .
٢١. طلعت منصور (١٩٦٧) ، دراسة تحليلية للمواقف المرتبطة بالجلجة في الكلام . رسالة ماجستير ، كلية التربية ، جامعة عين شمس .
٢٢. عبد السلام عبد الغفار (١٩٨١) ، مقدمة في الصحة النفسية . القاهرة ، دار النهضة العربية .
٢٣. عبد الله ربيع محمود (١٩٩٢) ، علم الكتابة العربية . القاهرة ، مطبعة كوكب حمادة .
٢٤. عبد الله ربيع محمود، عبد العزيز أحمد علام (١٩٨٨) ، علم الصوتيات - مكة المكرمة ، مكتبة الطالب الجامعية .
٢٥. عبد النعم عبد الله (١٩٩٠) ، حرمان الطفل من الوالدين وعلاقته بالنمو اللغوي في مرحلة ما قبل المدرسة - رسالة ماجستير ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس.
٢٦. فؤاد النهي السيد (١٩٧٩) ، علم النفس الأخصائي وقياس العقل البشري (ط ٣) القاهرة ، دار الفكر العربي .
٢٧. فارس موسى مطلب (١٩٨٧) ، في اضطراب النطق عند الأطفال العرب ، سلسلة الدراسات العلمية للوسمية للتخصص ، الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية .

٢٨. فان رير (ترجمة) صلاح الدين لطفي (١٩٦٠) ، مساعدة الطفل على إجابة الكلام ، (ط ١) . القاهرة ك مكتبة النهضة المصرية .
٢٩. فتحي السيد عبد الرحيم (١٩٩٠) ، سيكولوجية الأطفال غير العادي ، استراتيجيات التربية الخاصة ، الجزء الثاني - الكويت ، دار القلم .
٣٠. فتحي رضوان (١٩٦٠) ، مقدمة كتاب علاج الكلام تأليف حسين خضر ، القاهرة بك عالم الكتب
٣١. فيصل محمد خير الزراد (١٩٩٠) ، اللغة واضطرابات النطق والكلام - الرياض ، دار المريخ للنشر والريضة .
٣٢. كاميليا عبد الفتاح (١٩٨٠) ، العلاج النفسي الجماعي للأطفال باستخدام اللعب (ط ٢) القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية .
٣٣. كلارك موسناكس (ترجمة) عبد الرحمن سيد سليمان (١٩٩٠) ، علاج الأطفال باللعب ، القاهرة ، دار النهضة العربية .
٣٤. لويس كامل مليكة (١٩٩٠) ، العلاج السلوكي وتعديل السلوك ، الكويت ، دار القلم للنشر والتوزيع
٣٥. ليلى أحمد كرم الدين (١٩٩٢) ، اللغة عند الطفل تطورها العوامل المرتبطة بها ومشكلاتها ، القاهرة ، مكتب اولاد عثمان للطباعة .
٣٦. ليلى أحمد كرم الدين ١٩٩٠ ، قوائم الكلمات الأكثر انتشاراً في أحاديث الأطفال من عمر عام حتى ستة أعوام ، مطبوعات مركز توثيق وبحوث أدب الطفل - الهيئة المصرية العامة للكتاب .
٣٧. مجمع اللغة العربية (١٩٦١) ، المعجم الوسيط . القاهرة ، مطبعة مصر .
٣٨. محمد بهائي السكري (١٩٨٧) : قاموس طبي - مصطلحات أساسية ، القاهرة ، دار الكتب المصرية .

٣٩. محمد رفقي عيسى (١٩٨١) : النمو النفسي آراء ونظريات ، القاهرة ، دار المعارف .
٤٠. محمد عبد المؤمن حسين (١٩٨٦) : مشكلات الطفل النفسية الزقازيق ، دار الفكر الجامعي .
٤١. محمد نزية عبد القادر (١٩٧٦) : ملهى قاعلية الممارسة السلبيه والتريديد (التخليل) كاسلوبين سلوكين في معالجة بعض حالات التعلم . رسالة ماجستير . كلية التربية ، الجامعة الأردنية .
٤٢. محمود حسن عثمان (١٩٩٩) ، طارق اكتشاف عيوب النطق والكلام ، جريدة البيان ، دبي .
٤٣. محمود حسنين السكري (١٩٨٢) ، مشكلات الكلام في الأطفال . رسالة ماجستير ، كلية الطب جامعة القاهرة .
٤٤. مختار حمزة (١٩٧٩) ، سيكولوجية المرضي وذوي العاهات (ط ١) . جلد ١ ، دار المجمع العلمي .
٤٥. مصطفى فهمي (١٩٦٥) ، سيكولوجية الأطفال غير العاديين ، القاهرة ، مكتبة مصر .
٤٦. منير البعلبكي (١٩٧٨) ، للورد ، قاموس إنجليزي - عربي ، بيروت لدار العلم للملايين .
٤٧. نوال عطية (١٩٩٥) ، علم النفس اللغوي ، القاهرة للكتبة الأكاديمية ط ٣ .
٤٨. هادي عبد الحميد برادة (١٩٦٧) : دراسة في العلاج الجماعي للمصابين بالجلجلة ، كلية التربية ، جامعة عين شمس .
٤٩. وفاء محمد البيه (١٩٩٤) : أطلس اصوات اللغة العربية ، موسوعات طب الصوتيات العلنية القاهرة ، الهيئة المصرية العامة للكتاب .

- 1- Ariet, Silvano et al. (1959).
American Handbook of Psychiatry. Vol. (1) New York: Basic Book Publishers.
- 2- Aron, Myrtle., L.C. (1967).
The Relationships between Measurements of Stuttering Behavior. Journal of South Africa Logopedic Society. Vol. 14 (1) pp. 15-34.
- 3- Axline, Virginia, M. (1969).
Play Therapy . New York: Ballantine Books.
- 4- Beech, H.R. & Fransella, Fay , (1968).
Research and Experiment in Stuttering. New York: pergamon Press.
- 5- Bellack, Alan S. et al. (1982).
International Handbook of Behaviour Modification and Therapy. New York: Plenum Press.
- 6- Bangs, T. (1968).
Language and learning disorders of the pre-Academic child, New-York: Appelton-Century.
- 7- Berkowitz, Samuel (1982).
Behavior Therapy. In the Newer Therapies Sourcebook by Edwin Lawrence & Stuart, Irving, R. New York: Van Nostrand Reinhold Company. Pp. 19-30.
- 8- Berry, M.F. & Eisenson, J. (1956).
Speech Disorders: Principles and Practice of Therapy. New York: Appleton-Century Crofts. Division of Mereadith Corporation.
- 9- Bhargava, S.C. (1988).
Participant Modeling in Stuttering. Indian journal of Psychiatry. Vol. 30 (1) pp. 91-93.
- 10- Bloodstein, O. (1969).
A Handbook on Stuttering. Chicago: National Easter seall Society for Crippled Children and Adults.

- 11- Bloodstein, Oliver (1986).
Stuttering. In Collier's Encyclopedia. Vol. 21. pp. 573.
- 12- Brain, Lord (1965).
Speech Disorders. Aphasia, Apraxia and Agnosia. London: Butterworths.
- 13- Brumfitt, S.M. and Peake, M.D. (1968).
A Double- Blind Study of Verapamil in the Treatment of Stuttering. The British journal of Disorders of Communication. Vol. 23 (1) pp. 35-50.
- 14- Byrne, Renee (1982).
Let's Talk About Stammering London: Unwin Paperbacks.
- 15- Conture, Edward, G. (1988).
Youngsters who Stutter. Diagnosis, Parent Counselling, and Referral. Journal of Development of Behavior pediatrics. Vol. 3 (3) pp. 163-169.
- 16- Curtis, James (1967).
Disorders of speech, In speech Handicapped school children by Johnson, et al . Harper and Row, New York.
- 17- Costello, J. & Ingham, R. (1984).
Measures of frequency and Duration of Stuttering. In Research Procedures for measuring stuttering severity. By Ludlow Christy. Bethesda .National institute on Deafness and other Communication Disorders. Pp. 28-29.
- 18- Curran, Jean (1987).
Speech language Problems in Children London: Love publisher Company.
- 19- Cash, James, R. (1989).
Language aquisition in autistic children, paper came from the net <http://www.Life stories com/paper / Autistic>.
- 20- Daniels, Clesbie R. (1982).
Guidelines for play Group Therapy. In Group Therapies for children and Youth by Schaefer Charles and Johnson , Lynnette. San Francisco: Jossey – Bass publishers. Pp. 69-72.

21- Dominick, Barbara, A. (1959).

Stuttering. In American Handbook of Psychiatry Vol. 1 by Ariet, Silvano & et al. New York: Basic Book Publishers. Pp. 950-962.

22- Dominick , Barbara (1962).

The Psychotherapy of Stuttering. U.S.A Springfield. Charles Thomas Publisher.

23- Dorfman, Elaine (1951).

Play Therapy. In therapy implications and theory. By Rogers, Carl, R. Boston: Houghton Mifflin Company. Pp. 235-269.

24- Edwin, Lawrence and Stuart, Irving R. (1982).

The Newer Therapies Sourcebook. New York: Van Nostrand Reinbold Company.

25- Eisenson, Jon (1958).

A Perseverative Theory of Stuttering. In Stuttering , a Symposium by Eisenson Jon & Johnson Wendell. New York: Harper & Row. Pp. 223-244.

26- Eisenson . Jon and Johnson , Wendell (1958).

Stuttering, a Symposium New York: Harper and Row.

27- Esplr, Michael, L. & Gliford, Rose, F. (1983).

The Basic Neurology of Speech and Language London: Blackwell Scientific Publications.

28- Freema, Frances Jackson (1982).

Stuttering. In speech, language and Hearing. Vol. 2 by Lass, Norman et al. London: Sunders Company. Pp. 673-686.

29- Freguson, George A. (1976).

Statistical Analysis in Psychology Education, 4th Edition. New York: Hill Book Company.

30- Glasner, Philip J. (1962).

Psychotherapy of the Young Stutterers. In the Psychotherapy of Stuttering. By Dominick, Barbara, Springfield. U.S.A. Charles Thomas Publisher. Pp. 240-256.



31- Goraj, Jane Taylor (1974).

Stuttering Therapy as Crisis Intervention. British Journal of Disorders of Communication. Vol. 9 (1) pp. 51-57.

32- Goran, Lars & Gotestam, Gunnar & Melin, Lennart (1976).

A controlled study of Two Behavior Methods in the Treatment of Stuttering. Behavior Therapy, Vol. 7 (5) pp. 587-592.

33- Gregory, Hugo, H. (1986).

Stuttering: A contemporary Perspective in International Association of Logopedics and Phoniatrics. London: Medical and Scientific publishers. Pp. 89-119.

34- Guernsey, Louise, F. (1983).

Client-Centered Nondirective play Therapy. In Handbook of play Therapy by Schaefer, Charles & O'Connor, Kevin. New York: Wiley Interscience publication. pp. 21-61.

35- Hageman. Carlin F. & Greene, Penny, N. (1989).

Auditory Comprehension of Stutterers on the Competing Message Task. Journal of Fluency Disorder. Vol. 14 (2) pp. 109-120.

36- Healey, E. Charles & Howe, W. Susan (1987).

Speech Shadowing characteristics of Stutterers Under Diotic and Dichotic Conditions. Journal of Communication Disorders. Vol. 20 (6) pp. 493-506.

37- Hetherington, E.M. and Proke, R.D. (1979).

Child psychology "A contemporary View Point" London: M.C.G. raw.

38- Hood, Stephen, B. (1978).

The Assessment of fluency disorders. In diagnostic procedures in Hearing, Language and speech by Singh, Sadanand & Lynch Joan. Baltimore: University Park Press. Pp. 533-572.

39- Ingham, Roger, J. (1983).

Treatment of Stuttering in Early Childhood. California: College Hill Press.



40- Johannesson, Goran (1975).

Two Behavior Therapy Techniques in the Treatment of Stuttering. Scandinavian journal of Behavior Therapy Vol. 41 pp. 11-22.

41- Johnson, Wendell (1955).

Stuttering in children and Adults Thirty years of Research at the University of Iowa. Minneapolis: University of Minnesota Press.

42- Johnson, Wendell (1956).

Perceptual and Evaluational factors in stuttering. Minneapolis: University of Minnesota Press.

43- Johnson, Wendell (1956).

Stuttering children. In speech therapy, A book of reading , by Riper, Van. New York: Prentice-Hall, INC.

44- Jones, G,M. (1985).

The psychology of human development Harper and Row publisher, New York.

45- Johnson, W. et al. (1959).

The onset of stuttering, Research finding and implications. Minneapolis: University of Minnesota press.

46- Klouda, Gayle V. and Cooper, William E. (1988).

Contrastive stress, Intonation, and stuttering Frequency. Language and speech . Vol. 31 (1) pp. 3-20.

47- Karnes, M.B. Taskas . J.A. Hodgins, A.S. (1970).

Successful implementation of highly specific pre-school instructional programme by paraprofessional teachers, Journal of special Education.

48- Karen, L.B (1981).

Manual communication training for non speaking reading children, Journal of pediatric psychology, Vol. 6 (1) pp. 15-27.



49- Kondas, O. (1967).

The treatment of Stammering in children by the shadowing method. Behavior research and Therapy. Vol. 5(4) pp. 325-329.

50- Lanyon, Richard & Goldsworthy, Robert, J. (1982).

Habit Disorders, In International Handbook of Behavior Modification and Therapy by Bellack, Alan, S. et al. New York: Plenum Press. Pp. 813-821.

51- Lass, Norman et al. (1982).

Speech, Language and Hearing Vol. 2. London: Sunders Company.

52- Lindgren, Bernard, W. (1983).

Statistical Theory, 3rd Edition. New York: University of Minnesota press.

53- Ludlow, Christy, L. (1990).

Research procedures for measuring stuttering severity. Bethesda. National Institute on deafness and other communication disorders.

54- Mahone, Charles (1973).

The comparative Efficacy of Non-directive Group play Therapy with preschool Speech or Language Delayed Children. Dissertation Abstracts International. Vol. 35 No. (1-B) PP. 495.

55- Martin, Richard R. and Haroldson , Samuel, K. and Woessner, Garry, L. (1988).

Perceptual scaling of stuttering severity. Journal of Fluency Disorders. Vol. 13 (1) pp. 27-47.

56- Meyer, V. and Chesser, Edward S. (1970).

Behavior therapy in clinical psychiatry. Harmonds Worth, Middlesex, England: Penguin books.

57- Morley, Muriel, E. (1972).

The Development and Disorders of Speech in Childhood. London: Churchill Livingstone.

58- Murray, K and Empson, J. and Weaver, S. (1987).

Rehearsal and Preparation for speech in stutterers: a Psychophysiological Study. *The British Journal of Disorders of Communication*. Vol. 22(2) pp. 145-150.

59- Pellman, Charles (1962).

The Relationship between speech therapy and psychotherapy. In *the psychotherapy of Stuttering* by Dominick, Barbara, Springfield: Charles Thomas Publisher. Pp. 119-137.

60- Raj, J. Baharath (1976).

Treatment of Stuttering. *Indian Journal of Clinical Psychology*. Vol. 3 (2) pp. 157-163.

61- Ratner, Nan Bernstein (1992).

Measurable Outcomes of Instructions to Modify Normal Parent-child Verbal Interactions: Implications for Indirect Stuttering Therapy. *Journal of speech and Hearing Research*. Vol. 35, (1) pp. 14-20.

62- Riper, Van (1956).

Speech therapy, A book of Reading. New York: Prentice-Hall, Inc.

63- Rogers, Carl R. (1951).

Therapy implications and theory. Boston: Houghton Mifflin Company.

64- Rustin, Lena (1991)

Parents families and the stuttering child.

65- Rustin, Lena and Kuhr, Armin (1988).

The Treatment of Stammering, A Multi-Model Approach in an in-patient setting. *The British Journal of Disorders of Communication*. Vol. 18(2) pp. 93-96.

66- Stein, R.E (1986).

A comparison for mothers-fathers language to normal and language deficient children speech-disorders, Vol. 36 (3).



- 67- Schaefer, Charles and Johnson, Lynnette (1982).
Group Therapies for children and Youth. San Francisco:
Jossey-Bass Publishers.
- 68- Stark, R.E. (1979).
Language acquisition, prespeech segmental feature
development Fletcher, Cambridge university press.
- 69- Slobin, D.I. (1971).
Psycholinguistic London: Scottforesman and comp.
Glenview.
- 70- Schaefer, Charles and O'Connor , Kevin (1983).
Handbook of play Therapy. New York: A Wiley- Intercience
Publication.
- 71- Scheidgger, Ursula (1987).
Spieltherapie Mit Stotternden Kindern ein Erfahrungsbericht.
Viertel Jahresschrift fur Heilpädagogik Unilte
Nachabaryebiete, Vol. 56(4) pp. 619-629.
- 72- Schiebel, Thomas Walter (1975).
The Experimental Analysis of Stuttrieng in Children.
Dissertation Abstracts international. Vol. 36 No (3) pp. 480.
- 73- Shane, Mary Sternberg (1955).
Effect of Stuttering. Alteration in Auditory Feedback. In
stuttering in children and Adults. Thirty years of research at
the University of Iowa by Johnson Wendell. Minneapolis:
University of Minnesota Press. Pp.286- 294.
- 74- Sheehan, Joseph (1958).
Conflict Theory of Stuttering. In stuttering a Symposium by
Jon Eisonson & Wendell Johnson. New York: Harper and
Row. Pp. 121-130.
- 75- Sherman, D. (1952).
Rating scales of Severity for Stuttering. In Research
Procedures for Measuring Stuttering Severity by Christy
Ludlow. Bethesda National Institute on Deafness and other
communication Disorders.

- 76- Shirley, N. and Sparks, M. (1984).
Birth Defects and speech Disorders. California: College – Hill Press.
- 77- Shumak, Irene Cherhavy (1955).
Speech Situation Rating Sheet for stutterers. In *stuttering in Children and Adults. Thirty years of Research at the University of Iowa* by Wendell Johnson. Minneapolis: University of Iowa.
- 78- Singh, Sadanand and Lynch, Joan (1978).
Diagnostic procedures in Hearing, Language and speech. Baltimore: University Park Press.
- 79- Slavson, S.R. (1956).
The fields of Group Psychotherapy. New York: International Universities Press.
- 80- Starkweather, C. Woodruff (1983).
Speech and Language. New York: Prentice-Hall Englewood Cliffs.
- 81- Tyler, L, and Wilson, W. (1976).
Some development aspects of sentence processing and memory child longs.
- 82- Travis, Lee Edward (1956).
My present Thinking on Stuttering, In *Speech Therapy, A book Of Reading by Riper, Van .* New York: Prentice-Hall, INC.
- 83- Wakaba, Y.Y. (1983).
Group play therapy for Japanese Children Who Stutter. *Journal of Fluency Disorders*. Vol. 8(2) pp. 93-118.
- 84- Watson, Jennifer Barber & Gregory, Hugo H. & Kistler, Doris J. (1987).
Development and Evaluation of an inventory to Assess Adult Stutterers communication Attitudes. *Journal of Fluency Disorders*. Vol. 12(6) pp. 429-450.

85- West, Robert (1956).

The Pathology of Stuttering. In speech therapy, A book of Reading, by Riper, Van New York Prentice-Hall, INC.

86- Wintiz, H. (1969).

Articulatory acquisition and Behavior, New York, Appelton-century.

87- Williams, Rona M. (1974).

Speech difficulties in childhood, A practical Guide for Teachers and Parents. London: George, Harrap.

88- Wingate, M.E. (1964).

A standard Definition of Stuttering. Journal of Speech & Hearing Disorders. Vol. 29 pp. 484-489.

89- Wischner, George J. (1956).

Stuttering Behavior and Learning. In Speech Therapy, A book of Reading Riper, Van. New York Prentice-Hall, INC.

90- Yates, Aubrey J. (1970).

Behavior Therapy. New York: John Wiley and Sons INC.

91- The New Encyclopedia Britannica (1991).

Vol. 28-pp. 93-102.

92- The World Book Encyclopedia . (1991).

Vol. 18. pp. 936-937.

93- Collier's Encyclopedia . (1980).

Vol. 21 . pp. 573.



٢٠٠٥ / ١٧٩٢	رقم الإيداع
977 - 232 - 432 - 6	I.S.B.N الترقيم الدولي

هذا الكتاب

يعالج موضوعاً جديداً في الدراسات العربية حيث يتناول في عرض شامل معظم الجوانب المتصلة باضطرابات النطق والكلام لدى الأطفال والكبار كما يعرض لأحدث الإستراتيجيات التي يمكن استخدامها في سبيل تشخيص وعلاج ما يلي:

- التأخر الكلامي
- اضطرابات النطق
- اضطرابات الصوت
- مشكلة الخنق
- اضطراب اللججة

وذلك بأسلوب علمي مبسط دون إخلال بالإطار العلمي حتى يستفيد منه الآباء والمربون والمتخصصون

